

Entbindung von der Schweigepflicht

KLF-040 06.18

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

An die
uniVersa
Krankenversicherung a.G.
KV-Leistung
90333 Nürnberg

Versicherungsnehmer:

Zuname

Vorname

Entbindung von der Schweigepflicht für folgende Person:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zuname	Vorname

Ich wünsche, dass mich die uniVersa Krankenversicherung a.G. in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird.

Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die uniVersa Krankenversicherung a.G. einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von Ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die uniVersa Krankenversicherung a.G. einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Nach Abwägung obiger Punkte entscheide ich mich dafür,

Name des Arztes / Name der Praxis / Name Verrechnungsstelle / Name der Versicherung / Krankenhaus (Name und Ort)

von der Schweigepflicht zu entbinden und willige ein, der uniVersa Krankenversicherung a.G. zur Leistungsfallprüfung die angeforderten Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten mitzuteilen und einen sich ggf. ergebenden Schriftwechsel direkt mit der uniVersa Krankenversicherung a.G. zu führen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung / Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Angaben zur versicherten Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zuname	Vorname	Geburtsdatum: T T M M J J					

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Hausnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Wohnort

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift versicherte Person	Unterschrift Erziehungsberechtigter bei Kindern unter 16 Jahren	Unterschriften Kind über 16 Jahren und Erziehungsberechtigter