

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zum Antrag auf Durchführung eines Schlichtungsverfahrens

Patientendaten

Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtstag:

ggf. verstorben am:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

1. Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Speicherung von Daten sowie Entbindung von der Schweigepflicht

Die Ärztekammer Niedersachsen erhebt, verarbeitet, nutzt und speichert im Rahmen des beantragten Schlichtungsverfahrens die Gesundheits- und sonstige personenbezogene Daten der Patientin oder des Patienten, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens notwendig ist.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ärztekammer Niedersachsen bei den von mir im beigefügten Antrag unter III. bis V. aufgeführten Personen und Institutionen (z.B. Ärztinnen, Ärzte, Behandlungseinrichtungen (z.B. Krankenhäuser, MVZ oder Gemeinschaftspraxen), Gutachterinnen und Gutachtern, Sozialversicherungsträger, Behörden, Gerichte) die erforderlichen Unterlagen, die mit der beanstandeten Behandlung im Zusammenhang stehen, anfordert und im Verfahren verwertet. Ich entbinde die aufgeführten Personen und Institutionen zugleich von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die beauftragten externen sachverständigen Gutachterinnen und Gutachter zum Zwecke der Qualitätssicherung eine Kopie der abschließenden Bewertung der Schlichtungsstelle erhalten.

2. Weitergabe von Daten an die Beteiligten, Vertreter, Haftpflichtversicherer

Wie auch Sie als Patientin oder Patient können sich auch die Ärztinnen und Ärzte sowie die Behandlungseinrichtungen im Verfahren vertreten lassen. Ärztinnen und Ärzte sowie die Behandlungseinrichtungen sind zudem gegen Schadensersatzansprüche, die sich aus der Berufstätigkeit ergeben, versichert. Der Versicherungsschutz umfasst u.a. die Prüfung der Haftungsfrage durch den Haftpflichtversicherer, der bevollmächtigt ist, alle ihm zur Abwicklung des Schadens oder Abwehr der Schadensersatzansprüche zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers abzugeben. Der Versicherungsnehmer ist seinerseits verpflichtet, dem Haftpflichtversicherer alle relevanten Unterlagen zugänglich zu machen. Dies umfasst auch die im Verfahren anfallenden Daten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ärztekammer Niedersachsen den in Anspruch genommene/n Ärztinnen und Ärzten sowie Behandlungseinrichtungen, deren Vertreterinnen und Vertretern (z.B. Rechtsanwältin / Rechtsanwaltin) sowie den Haftpflichtversicherungen und deren Vertretern die zum Zwecke des Verfahrens erhobenen und verarbeiteten Daten auf Anforderung übermittelt.

Diese Erklärung kann ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

(ggf. der gesetzlichen Vertreter)