# FP 018 Einwilligung: Wenn mein/unser Kind einen Unfall gehabt hat

# Arbeitsunfallversicherung

Ich/wir willige/n mit meiner/unserer Unterschrift ein, dass [selskabets navn] in Verbindung mit der Bearbeitung meines/unseres Falles die Angaben *einholen, verwenden und weitergeben* darf, die für die Bearbeitung des Falles durch die Gesellschaft relevant sind.

[Selskabets navn] holt Angaben ein, um beurteilen zu können, ob [barnets navn og CPR-nr.] einen dauernden Schaden und/oder einen Verlust der Erwerbsfähigkeit erlitten hat, und als Nachweis der Krankheitsdauer meines/unseres Kindes [Selskabets navn] darf in diesem Zusammenhang Angaben zur Identifikation meines/unseres Kindes (z. B. Pkz.-Nr.) und relevante Angaben zum Versicherungsfall und zur Gesundheit meines/unseres Kindes an die Stellen, von denen die Gesellschaft Angaben einholt, weitergeben. [Selskabets navn] präzisiert den Stellen gegenüber, von denen Angaben eingeholt werden, welche Angaben relevant sind.

***Von welchen Stellen können Angaben eingeholt werden?***

[Selskabets navn] kann mit dieser Einwilligung binnen eines Jahres ab dem Datum meiner/unserer Unterschrift relevante Angaben von den folgenden Stellen einholen:

* Gegenwärtiger und früherer Arzt meines/unseres Kindes.
* Öffentliche und private Krankenhäuser, Kliniken, Zentren und Labors.
* Fachärzte, Zahnärzte, Krankengymnasten, Chiropraktiker und Psychologen.
* Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (Gewerbesicherung des Arbeitsmarkts) (<https://aes.dk/>) oder Center for Arbejdsskade (Zentrum für Arbeitsschäden) (<https://aes.dk/>).
* Gegenwärtige und frühere Wohngemeinde meines/unseres Kindes.
* Die Polizei.
* Andere Versicherungsgesellschaften, denen ich meinen/wir unseren Fall gemeldet habe/n.
* Andere (geben Sie Namen und sonstige relevante Kontaktinformationen an).

Die genannten Stellen können mit dieser Einwilligung binnen eines Jahres ab dem Datum meiner/unserer Unterschrift relevante Angaben an [selskabets navn] weitergeben.

***An welche Stellen können relevante Sachangaben weitergegeben werden?***

[Selskabets navn] kann mit dieser Einwilligung relevante Sachangaben im Zusammenhang mit der Bearbeitung des Falles an die folgenden Stellen weitergeben:

* Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (Gewerbesicherung des Arbeitsmarkts) (<https://aes.dk/>) oder Center for Arbejdsskade (Zentrum für Arbeitsschäden) (<https://aes.dk/>).
* Facharzt, der ein Attest ausfüllen oder ein ärztliches Gutachten ausstellen muss.
* Gegenwärtige und frühere Wohngemeinde meines/unseres Kindes.
* Andere Versicherungsgesellschaften, denen ich meinen/wir unseren Fall gemeldet habe/n.
* Andere (geben Sie Namen und sonstige relevante Kontaktinformationen an).

***Welche Arten von Angaben können eingeholt, verwendet und weitergegeben werden?***

Die Einwilligung umfasst *das Einholen, die Verwendung und das Weitergeben* der folgenden Angabenkategorien:

* Angaben zur Gesundheit, darunter Angaben zu Krankheiten, Symptomen und Kontakten mit dem Gesundheitswesen.
* Kommunale Akten, die die Krankengeschichte, den Verlauf der Rehabilitierung, die Arbeitsfähigkeitsprüfung, öffentliche Rente usw. meines/unseres Kindes erläutern.
* Nachweis der Krankheitsdauer.
* Polizeiberichte, Sachverständigengutachten und relevante Schadenmeldungen bei anderen Versicherungsgesellschaften.
* Finanzielle Verhältnisse, darunter Lohnangaben, Jahresabschlüsse und Angaben zu Krankengeld.

***Für welchen Zeitraum können Angaben eingeholt werden?***

Die Einwilligung umfasst Angaben für einen Zeitraum von [angiv] Jahr/en vor dem Zeitpunkt des Schadens oder des Eintretens der Krankheit bis zu dem Zeitpunkt, an dem [selskabets navn] zum Fall Stellung genommen hat.

Wenn es die Angaben für diesen Zeitraum berechtigen, kann [selskabets navn] mit einer konkreten Begründung auch Angaben einholen, die vor diesem Zeitraum liegen.

***Widerruf der Einwilligung***

Ich kann/wir können meine/unsere Einwilligung jederzeit mit zukünftiger Wirkung widerrufen. Der Widerruf kann für die Möglichkeit zur Bearbeitung des Falles seitens [selskabets navn] Bedeutung haben.

**🞎 Bei gemeinsamem Sorgerecht der Eltern bitte ankreuzen**

Datum: ……………… Unterschrift: ………………………………………. Pkz.-Nr.: \_ \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

Datum: …………….. Unterschrift: ……………………………………… Pkz.-Nr.: \_ \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_