# FP 005 Einwilligung: Wenn ich einen Unfall gehabt habe oder krank geworden bin

# Gesundheitsversicherung

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

[Selskabets navn] holt Angaben ein, um beurteilen zu können, ob die notwendige Untersuchung und/oder Behandlung meines Schadens/meiner Krankheit vom Versicherungsschutz umfasst sind. [Selskabets navn] darf in diesem Zusammenhang Angaben zur Feststellung meiner Person (z. B. mit der Pkz.-Nr.) und relevante Angaben zu meinem Versicherungsfall und zu meiner Gesundheit 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 Unterschrift relevante Angaben von den folgenden Stellen einholen:

* Mein gegenwärtiger und früherer Arzt.
* Öffentliche und private Krankenhäuser, Kliniken, Zentren und Labors.
* Fachärzte, Krankengymnasten, Chiropraktiker und Psychologen.
* Alternative Therapeuten.
* Andere Versicherungsgesellschaften und Rentenversicherungen, denen ich meinen Schaden/meine Krankheit gemeldet habe.
* Andere (geben Sie Namen und sonstige relevante Kontaktinformationen an).

Die genannten Stellen können mit dieser Einwilligung binnen eines Jahres ab dem Datum meiner 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 meines Falles an die folgenden Stellen weitergeben:

* Das Privatkrankenhaus/die Privatklinik, das/die ich für meine Untersuchung und Behandlung ausgesucht habe.
* Die Krankenversicherung „danmark“, wenn ich von ihr zu einem Zuschuss für die vom Versicherungsschutz umfasste Behandlung berechtigt bin.
* Andere Versicherungsgesellschaften und Rentenversicherungen, denen ich meinen Schaden/meine Krankheit gemeldet habe.
* 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.

***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] zu meinem 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 meine Einwilligung jederzeit mit zukünftiger Wirkung widerrufen. Der Widerruf kann für die Möglichkeit zur Bearbeitung meines Falles seitens [selskabets navn] Bedeutung haben.

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