

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück an:

**Debeka Krankenversicherungsverein a. G.**

ZD/P - Schriftwechsel

56058 Koblenz

Service-Nr.:

## Einwilligung zur Datenerhebung und Entbindung von der Schweigepflicht

### 1. Angaben zur Person

---

Versicherte Person

---

Geboren am

### 2. Grund der Prüfung

---

---

---

Einrichtung (z. B. Krankenhaus)/behandelnde Person/en/Institutionen

### 3. Behandlungszeitraum

---

Bitte Rückseite beachten.

#### 4. Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen

Mir ist bekannt, dass der Debeka Krankenversicherungsverein a. G. (Debeka) zur Beurteilung seiner Leistungspflicht und zur Rechnungsprüfung bei den o. g. Einrichtungen die für diese Prüfung erforderlichen Unterlagen anfordert.

##### Einwilligung zur Datenübermittlung und -erhebung

Ich willige ein, dass die Debeka in der genannten Angelegenheit direkt in Kontakt mit der genannten Einrichtung bzw. mit der/den behandelnden Person/en tritt, um die für die Leistungspflicht erforderlichen Unterlagen anzufordern und willige in die Übermittlung der hierfür erforderlichen Daten ein. Dies gilt auch für die in diesem Zusammenhang übermittelten Gesundheitsdaten. Dies gilt unabhängig davon, ob die benötigten Daten in Papierform vorliegen oder elektronisch gespeichert sind.

Ich willige ein, dass die Debeka die zur Durchführung des Versicherungsvertrags erforderlichen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit der Prüfung erhoben wurden und werden, verarbeitet.

##### Entbindung von der Schweigepflicht

Hierzu entbinde ich hiermit die für die Debeka tätigen Personen sowie die für die genannte Einrichtung tätigen Personen bzw. die behandelnde/n Person/en von ihrer Schweigepflicht. Ich ermächtige die Mitarbeiter der genannten Einrichtung bzw. die behandelnde/n Person/en, der Debeka die benötigten Auskünfte und Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Dies gilt unabhängig davon, ob die benötigten Daten in Papierform vorliegen oder elektronisch gespeichert sind.

##### Widerrufsmöglichkeit

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen nicht abgeben muss oder dass ich sie mit Wirkung für die Zukunft jederzeit - teilweise oder komplett - widerrufen kann. Ich weiß auch, dass die Streichung oder der Widerruf dieser Erklärung die Leistungsbearbeitung verzögern und zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, wenn der Versicherer die zur Beurteilung des Leistungsanspruchs nötigen Informationen unvollständig oder nicht erhält.

X  
Datum

X  
Unterschrift der versicherten Person, des gesetzlichen Vertreters oder einer anderen bevollmächtigten Person