

**Einwilligungserklärung
 Zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten**

Betroffene/r: _____ Geb. Datum: _____

Minderjährige/r: _____ Geb. Datum: _____

	Datum	Aussteller der Urkunde
<input type="checkbox"/> Krankenstandsbescheinigung	_____	_____
<input type="checkbox"/> Befund, Arztbericht	_____	_____
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestätigung	_____	_____
<input type="checkbox"/> Diagnose, ärztl. Gutachten	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____

Ich willige ein, dass meine obigen personenbezogenen Daten an folgende Versicherungsunternehmen zum Zwecke der Angebotsstellung und Antragsstellung sowie Polizzenführung weitergeleitet werden dürfen.

Versicherer/Sozialeinrichtung/Arzt/Krankenanstalt/Therapeut/_____

- _____
- _____
- _____

Ich willige ein, dass die angeführten Daten an obige Partner-Unternehmen für die Leistungsabwicklung weitergeleitet werden dürfen

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Sie haben das Recht auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung oder Widerspruch zur Verarbeitung der angeführten Daten. Sollten Sie der Meinung sein, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen rechtliche Bestimmungen verstößt, so steht Ihnen die Behörde für die Möglichkeit der Beschwerde zur Verfügung.

Für Fragen stehen wir Ihnen unter den unten genannten Kontakten zur Verfügung.

Datum _____ **Unterschrift** _____