

BIG direkt gesund  
Behandlungsfehler / ELW  
Postfach 10 06 42  
44006 Dortmund

## Erklärung zur Entbindung von Schweigepflicht

Name, Vorname der/des Versicherten	Geburtsdatum	Versichertennummer
------------------------------------	--------------	--------------------

Hiermit entbinde ich meine behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass BIG direkt gesund und der Medizinische Dienst von den mich behandelnden Ärzten und Krankenhäusern ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern können, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag erforderlich sind.

Unterlagen, die der BIG zur Verfügung gestellt werden, dürfen an den Medizinischen Dienst weitergegeben werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die ärztlichen oder pflegefachlichen Gutachter des MD das vollständige Gutachten an meine Krankenkasse übermitteln und entbinde sie insoweit von ihrer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht. Ich bin ferner damit einverstanden, dass das Gutachten auch zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen durch meine Krankenkasse genutzt wird.

Die Verarbeitung der Daten erfolgt zu dem Zweck der Überprüfung, ob im Zusammenhang mit den Behandlungen ein ärztlicher Behandlungsfehler vorliegt. Sollte die Möglichkeit eines ärztlichen Behandlungsfehlers bejaht werden, so bin ich damit einverstanden, dass die Daten auch zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen der Krankenkasse genutzt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst dem betroffenen Leistungserbringer das Ergebnis der Begutachtung (§ 277 SGB V) mitteilen darf.

Ja

Nein

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------