

**Erklärung  
zur Entbindung von der Schweigepflicht  
und Einwilligung zur datenschutzrechtlichen Verarbeitung**

Ich bin damit einverstanden, dass mein privater Krankenversicherer zur Durchführung des Ombudsmann-Verfahrens Gesundheitsdaten, etwa ärztliche oder psychologische Gutachten und Stellungnahmen sowie sonstige nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten und Auskünfte an den Ombudsmann und seine Mitarbeiter übermittelt.

Angaben zu Ihrer Person (bitte ausfüllen):

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Meine(n) privaten Krankenversicherer sowie die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die an dem meiner Beschwerde zugrundeliegenden Sachverhalt beteiligt sind, befreie ich von der Schweigepflicht nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 7 StGB, soweit es für das Verfahren vor dem Ombudsmann erforderlich ist. (Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab, die am Verfahren vor dem PKV-Ombudsmann beteiligt sind und die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.)

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit einer vertraulichen Einsichtnahme durch den Ombudsmann und seine Mitarbeiter einverstanden. Meine persönlichen Daten dürfen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die Durchführung des Schlichtungsverfahrens verarbeitet werden.**

**Ich bin damit einverstanden, dass mein Schlichtungsfall als anonymisierter Beispielfall veröffentlicht wird.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift mitversicherte Person(en)