



mhplus
Regress/Ersatzansprüche
71632 Ludwigsburg

Schweigepflichtentbindung und Herausgabegenehmigung

KV.-Nr.: _____

Unfall vom: _____

Hiermit entbinde ich, _____ geb. _____ wohnhaft:
am: _____

Straße, PLZ

Ort

die mhplus Krankenkasse, Rechtsanwälte, Pflegeeinrichtungen, sowie die Ärzte von der gesetzlichen Schweigepflicht, soweit Auskünfte über Art und Umfang der Verletzung zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen erforderlich sind. Ich bin damit einverstanden, dass die Krankenkasse bei Krankengeldbezug meinem Rentenversicherungsträger auch die schadensbedingten Verletzungen bekannt gibt, damit auch dieser ggf. Schadensersatzansprüche beim Schädiger geltend machen kann. Darüber hinaus bin ich mit der Weiterleitung aller (i.d.R. ärztlichen) Unterlagen, welche mit dem Unfallgeschehen in Zusammenhang stehen durch die mhplus Krankenkasse an den zuständigen Medizinischen Dienst der Krankversicherung, sowie an gegebenenfalls betroffene Haftpflichtversicherer des Unfallgegners, einverstanden.

Datum

X

Unterschrift