

Entbindung von Ärzten und sonstigen Stellen von der Verschwiegenheitspflicht

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit ermächtige ich das WPV zur Nachprüfung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben

- alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen, bei denen ich in Behandlung oder Pflege war oder sein werde,

und

- Sozialversicherungsträger, Behörden und private Versicherer, gegenüber denen ich Leistungsansprüche im Zusammenhang mit der Berufsunfähigkeit geltend gemacht habe oder geltend machen werde, sowie meinen Arbeitgeber

über meine Gesundheitsverhältnisse und über Ursachen, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben, zu befragen.

Ich entbinde alle, die nach vorstehenden Regelungen befragt werden, ausdrücklich von der Verschwiegenheitspflicht auch über meinen Tod hinaus. Ich ermächtige das WPV, Auskünfte und Unterlagen an andere im Auftrag des WPV mit der Angelegenheit befasste Personen weiterzugeben.

Ich willige insbesondere ein, dass das WPV meine Daten und Unterlagen bei Erforderlichkeit an die IMB Consult GmbH zum Zwecke der Weitervermittlung an einen Gutachter übermittelt, und die IMB Consult GmbH meine Daten zu diesem Zwecke verarbeitet.

Als Personen und Institutionen, die über meinen Gesundheitszustand Auskunft geben können, benenne ich insbesondere

Herrn/Frau Dr. med.: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Herrn/Frau Dr. med.: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Ort, Datum

Unterschrift