



2b)

**Einzelzustimmung zur Ermittlung Ihrer Gesundheitsdaten gem. § 11 a Abs.2 Z 3**  
**Direktverrechnung, Krankenanstalt**  
*(Unverbindliche Empfehlung des VVO)*

Der Versicherer muss prüfen, ob der vorliegende Leistungsfall von Ihrem im Betreff genannten Versicherungsvertrag gedeckt ist. Zu diesem Zweck benötigt der Versicherer die nachstehenden personenbezogenen Daten von Ihrem behandelnden Arzt bzw Gesundheitsdienstleister über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung:

Sie stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem vorliegenden Versicherungsfall die nachstehenden, personenbezogenen Gesundheitsdaten vom behandelnden Arzt bzw Gesundheitsdienstleister ermitteln darf.

(Ist konkret anzuführen)

Sie entbinden den behandelnden Arzt bzw Gesundheitsdienstleister im Ausmaß dieser Zustimmungserklärung von der ärztlichen und von sonstigen beruflichen Schweigepflichten.

Diese Zustimmungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf oder eine Verweigerung der Zustimmungserklärung hat zur Folge, dass keine Direktverrechnung stattfinden kann, die Kosten der Sonderklasse von Ihnen zu bezahlen sind und Sie danach einen möglichen Ersatz durch Ihre private Krankenversicherung direkt mit dieser klären müssen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_