

**GB Recht**Leitung: Karl Stefan Beyn  
24.06.2020

Formular Sachschaden

Anlage 09 zu SOP 2.9.1  
Stand: 06/2020**TEIL A: Für die/den Geschädigte/n (Seiten 1 und 2)***(bitte mit Kugelschreiber in Druckschrift ausfüllen)***1. Geschädigte/-r**Patient  Beschäftigter  Besucher  Student  sonst. 

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

**Schadensdatum:** \_\_\_\_\_ **Uhrzeit/Zeitraum:** \_\_\_\_\_**Station/Bereich** \_\_\_\_\_**Anspruchsteller, falls abweichend** (Vollmacht ist beigelegt/angefordert)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_

**Evtl. Zeugen:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_

2. **Gegenstandsbeschreibung** (ggf. auf Beiblatt aufführen; Belege, ggf. Anschaffungsrechnung, in Kopie beifügen)  
 beschädigt  zerstört  abhandengekommen  entwendet

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anschaffungsdatum: \_\_\_\_\_ Anschaffungspreis: \_\_\_\_\_

3. **Schilderung Schadenseintritt** (ggf. Fortsetzung auf Beiblatt)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ort, Datum, Unterschrift**

*Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner oben gemachten Angaben und bitte um Erstattung des mir entstandenen Schadens. Ich verpflichte mich zur Rückzahlung des zuerkannten Betrages ohne besondere Aufforderung für den Fall, dass ich durch ein späteres Ereignis (z.B. Wiederauffinden der gestohlenen oder abhanden gekommenen Sache) schadlos gestellt bin. Ich versichere, dass der Schaden nicht durch eine andere Versicherung gedeckt ist.*

*Ich bin damit einverstanden, dass die im Zusammenhang mit diesem Schadensfall stehenden Schaden- und Vertragsdaten (ggf. auch von Mit- oder Nebenversicherern) gespeichert und an die Versicherer, deren Dienstleister, deren Versicherungsmakler Ecclesia mildenberger Hospital GmbH und die betroffenen Rückversicherer sowie an die zuständigen Fachverbände zum gleichen Zweck übermittelt werden, soweit dies üblich oder zur ordnungsgemäßen Durchführung der vertraglichen Beziehungen erforderlich ist. Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.*

Hamburg, den \_\_\_\_\_

(Name, Unterschrift des Geschädigten)



## Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

### Anspruchsteller

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### 1. Übertragung von Aufgaben an die Ecclesia mildenberger Hospital GmbH

Die ECCLESIA mildenberger HOSPITAL GmbH führt die Schadenbegleitung für uns – das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Körperschaft des öffentlichen Rechts, – durch. Hierbei handelt es sich um

- die Einholung Ihrer Gesundheitsdaten bei Dritten gemäß Punkt 3 dieser Erklärung und um die Übermittlung der für die Schadenbearbeitung erforderlichen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, an die mit der Schadenbearbeitung beauftragten Stellen,
- die Durchführung und Weiterleitung von Korrespondenz zwischen HDI Global SE, Krankenhaus/Arzt und Ihnen als Anspruchsteller,
- die Begleitung der Schadenbearbeitung als Vertreter des Universitätsklinikums Hamburg –Eppendorf und
- die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an externe Stellen, soweit dies zur Prüfung Ihrer Ansprüche notwendig ist.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit dies zur Schadenbegleitung des geltend gemachten Schadenersatzanspruchs durch die ECCLESIA mildenberger HOSPITAL GmbH erforderlich ist – an diese Stelle übermittelt werden.

Ich befreie die Mitarbeitenden des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf insoweit von ihrer Schweigepflicht.

**Ich willige ein, dass die ECCLESIA mildenberger HOSPITAL GmbH meine Gesundheitsdaten für die oben angeführten Zwecke verarbeitet. Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten zwischen der HDI Global SE und der ECCLESIA mildenberger HOSPITAL GmbH ausgetauscht und übermittelt werden sowie an das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zurück übermittelt werden, soweit dies für die oben genannten Zwecke erforderlich ist.**

Zur Prüfung Ihrer Ansprüche kann es notwendig sein, Ihre Gesundheitsdaten an externe Stellen weiterzugeben. Hierfür wird Ihre Einwilligung benötigt. Über die jeweilige Datenweitergabe werden Sie unterrichtet.

Ich willige ein, dass die ECCLESIA mildenberger HOSPITAL GmbH meine Gesundheitsdaten an externe Stellen weitergibt und die Daten von diesen verwendet werden, soweit dies zur Schadenbegleitung der erhobenen Ansprüche durch die ECCLESIA mildenberger HOSPITAL GmbH erforderlich ist. Diese externen Stellen können medizinische Gutachter, Rechtsanwälte, Gerichte und Behörden sein. Ich bin ferner damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten von diesen externen Stellen nach der Bearbeitung an die ECCLESIA mildenberger HOSPITAL GmbH zurück übermittelt werden und von dieser zweckentsprechend verarbeitet werden. Zudem bezieht sich diese Einwilligung auf die Schadenbegleitung von Ansprüchen, die auf Dritte (wie z.B. meinen Krankenversicherer) übergegangen sind.

## 2. Datenweitergabe durch die Ecclesia mildenberger Hospital GmbH

Ich willige ein, dass die Ecclesia mildenberger Hospital GmbH meine Gesundheitsdaten an externe Stellen weitergibt und die Daten von diesen verwendet werden, soweit dies zur Schadenbegleitung der erhobenen Ansprüche erforderlich ist. Diese externen Stellen können medizinische Gutachter, Rechtsanwälte, Gerichte und Behörden sein. Ich bin ferner damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten von diesen externen Stellen nach der Bearbeitung an die Ecclesia mildenberger Hospital GmbH zurück übermittelt werden und von dieser zweckentsprechend verwendet und an die HDI Global SE weitergeleitet werden.

Über die jeweilige Datenweitergabe werden Sie unterrichtet.

## 3. Einwilligung in die Abfrage Ihrer Gesundheitsdaten bei Dritten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Zur Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruches ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Dies gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsschadens von Bedeutung sein könnten.

Bitte tragen Sie nachfolgend Name und Anschrift der behandelnden Stellen ein, bei denen die HDI Global SE und die ECCLESIA mildenberger HOSPITAL GmbH Informationen über den Gesundheitsschaden einholen dürfen. Solche Stellen können sein: Ärzte, Pflegepersonen sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden.

Wollen Sie nicht, dass Ihre Gesundheitsdaten bei Dritten abgefragt werden, haben Sie alternativ die Möglichkeit, die Gesundheitsdaten zum Nachweis des Schadens selbst an die HDI Global SE oder an die ECCLESIA mildenberger HOSPITAL GmbH zu übersenden oder übersenden zu lassen.

**Ich willige ein, dass die HDI Global SE und die ECCLESIA mildenberger HOSPITAL GmbH meine Gesundheitsdaten – soweit es für die Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruches erforderlich ist – bei den nachfolgenden Stellen erhebt und für diesen Zweck verwendet:**

1. Universitäts-Klinikum-Eppendorf (UKE)
2. Universitäres Herzzentrum (UHZ)
3. Martiniklinik
4. Ambulanzzentrum
5. ....
6. ....
7. ....

**Ich befreie die genannte(n) Person(en) und Mitarbeitenden der genannten Einrichtung insoweit von ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf eventuell vorhandene Vorerkrankungen. Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Stellen dazu über das Schadenereignis informiert werden.**

**4. Hinweis zum Recht auf Widerruf**

Sie haben jederzeit das Recht, Ihre erteilten Einwilligungen teilweise oder insgesamt zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht berührt.

Ort, Datum

Unterschrift Anspruchsteller/in

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlich vertretene Person  
(bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

**Teil B: Auszufüllen durch die Station!**

Name der/des Patientin/Patienten: \_\_\_\_\_

**1. Klinik/Abteilung/Station/Vorgesetzte/r:**

\_\_\_\_\_

**2. Schilderung Schadenseintritt** (ggf. Fortsetzung auf Beiblatt)**3. Fragen zur Ursache**

Wer hat den Schaden verursacht?

Patient  Beschäftigter  Student  sonst. Trifft das UKE/das Personal ein Verschulden? ja  nein   
ggf. weswegen?Waren Sie/war der/die Geschädigte zum Schadenszeitpunkt in der Lage, selbst auf  
Ihr/ihr/sein Eigentum zu achten? ja  nein   
Ggf. weshalb nicht?Wurden die Sachen zur Verwahrung übergeben? ja  nein   
Falls ja: An wen? Wie und wo wurden die Sachen verwahrt?

Ist die Verwahrung in der Krankenakte dokumentiert?

ja  (Kopien beifügen) nein Bei „nein“: Wurden Sie/der Patient über die Verwahrungsmöglichkeit informiert?  
ja  nein 

Stempel des Bereiches (Station):

Tel.-Nr.:

Unterschrift Pflege/MA UKE:

Name in Druckschrift: \_\_\_\_\_

*Bitte senden an:*Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
GB Recht/HRM, Gebäude O 35, 2. OG  
Herrn Kay Tölle  
Martinistraße 52  
20246 Hamburgoder per **Fax: 040-7410-56760 / Email: [k.toelle@uke.de](mailto:k.toelle@uke.de)**