



NightWatch

Schweigepflichtsentbindung

Vor- und Nachname Patient(in)	
Geburtsdatum Patient (in)	
Betreuungsperson/ gesetzliche Vertretung	
Krankenkasse	
Versichertennummer	
Anschrift	
Telefonnummer	
E-Mail	
Krankenhaus / ärztl. Einrichtung	
Behandelnde Ärztin/ behandelnder Arzt	

Den/die oben benannten Arzt/Ärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe , Dienstleister sowie die angestellten ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter des Krankenhauses beziehungsweise die oben benannte Krankenversicherung entbinde ich hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht.

Ich bitte darum, dass die zur Versorgung notwendigen Dokumente wie z. B. das Rezept oder Verordnung und ärztliche oder sozial-medizinische Stellungnahmen und Befunde an die Firma

LivAssured BV

Support Team Krankenkassen

Postfach 111322

47814 Krefeld

info@nightwatchepilepsy.com

herausgegeben bzw. gesichert elektronisch übermittelt werden. Ich bitte Sie, alle Schreiben bezüglich der Antragsstellung sowie im Fall eines Widerspruchsverfahrens, auch das MDK Gutachten, an die Firma LivAssured BV zu senden. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Firma LivAssured BV im Falle einer Ablehnung Kontakt mit der Krankenkasse bei notwendiger weiteren Klärung aufnimmt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in) oder gesetzliche Vertretung

Geb.-Datum Unterzeichner

LivAssured BV

Postfach 111322, 47814 Krefeld

Fon: +49 (0)2151 971 62 87

Fax: +49 (0)2151 971 62 88, E-Mail: info@nightwatchepilepsy.com

www.nightwatchepilepsy.com

LivAssured BV

Schipholweg 103

2316 XC Leiden, Niederlande

IK 590000681

LivAssured