|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |       |
| Geburtsdatum |       |
| Straße, Hausnummer |       |
| Postleitzahl, Ort |       |

Ich bin damit einverstanden, dass das Hessische Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege im Rahmen der eingereichten Beschwerde oder Klage gegen       tätig wird und alle meinen Fall betreffenden Informationen und Unterlagen einschließlich meiner personenbezogenen Daten verarbeitet. Dies schließt in diesem Rahmen und Zusammenhang den Austausch bzw. die Übermittlung dieser Daten gegenüber

- Ärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen, medizinischen Sachverständig\*innen, sowie sonstigen Angehörigen der Heilberufe, wie auch jegliches medizinische Hilfspersonal, Krankenkassen, Behörden, Gerichte, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen und andere medizinische Einrichtungen

die mich behandelt oder begutachten haben bzw. werden, ein.

Ich entbinde hiermit ausdrücklich die vorgenannten Personen oder Institutionen von seiner/ ihrer gesetzlichen Schweigepflicht oder sonstigen gesetzlichen oder vertraglich bestimmten Verschwiegenheitsverpflichtungen gegenüber dem **Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege, Sonnenberger Str. 2/2a, 65193 Wiesbaden.**

Mir ist bewusst, dass es sich bei meinen Daten auch um besondere Kategorien personenbezogener Daten nach Artikel 9 der Datenschutzverordnung (DSGVO) handeln kann.

Diese Erklärung beinhaltet nicht, dass die erhaltenen Daten und Informationen an Dritte weitergegeben bzw. gegenüber diesen verwendet werden dürfen, die nicht am Vorgang beteiligt sind.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Unterschrift: |