

Abs.:

Zum Aktenzeichen _____

An die
Geschäftsstelle des
Sozialgerichts _____

Entbindung von der sozialrechtlichen Geheimhaltungspflicht

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

In dem **R e c h t s s t r e i t /**

bin ich damit einverstanden, dass die vom Gericht zur Aufklärung des Sachverhalts für erforderlich gehaltenen Unterlagen beigezogen werden.

Ich willige deshalb darin ein, insbesondere die Unterlagen

- der zuständigen Leistungsträger SGB II
- der zuständigen Agentur für Arbeit
- der zuständigen Krankenkasse
- des zuständigen Unfallversicherungsträgers (der Berufsgenossenschaft)
- des zuständigen Amtes für Familie und Soziales
- des zuständigen Rentenversicherungsträgers
- der privaten Unfallversicherung

beizuziehen, sofern sie vom Gericht für erforderlich gehalten werden und befreite die zu ersuchenden Stellen von ihrer Geheimhaltungspflicht.

Soweit diese Unterlagen Arztgutachten und sonstige Vorgänge medizinischer Art enthalten, erteile ich zugleich die Entbindung von der Schweigepflicht.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die vom Gericht zur Beurteilung meiner gesundheitlichen Verhältnisse für erforderlich gehaltenen Unterlagen (z.B. Krankengeschichten, Untersuchungsberichte, Röntgenaufnahmen) beigezogen werden.

Deshalb entbinde ich meine behandelnden Ärzte und Psychologen/Psychotherapeuten, auch diejenigen, bei denen ich früher in Behandlung war, von ihrer Schweigepflicht.

Ich stimme zu, diese Unterlagen im gesamten Verfahren zu verwerten.

.....,,
Ort Datum Unterschrift des Klägers/der Klägerin
oder des gesetzlichen Vertreters

Aktenzeichen: _____

1. Behandlungen oder Untersuchungen bei Ärzten, in Krankenhäusern oder Kurheimen (**Hausarzt bitte kennzeichnen**)

Name und genaue Anschrift des Arztes bzw. Krankenhauses (Abteilung angeben)	Von wann bis wann in Behandlung	Wegen welcher Leiden

2. Mitgliedschaft in Krankenkassen (genaue Bezeichnung und Angabe der Versicherungsnummer) und Zeitraum eines eventuellen Krankengeldbezuges:

Ja Nein

Wenn ja:

- a) bei welchem Rentenversicherungsträger? (Name und vollständige Anschrift)
- b) unter welchem Aktenzeichen?
- c) Wann?
- d) Mit welchem Ergebnis?

