



Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

An das
Landratsamt
-Amt für Sozialwesen-
Am Hohlweg 2
92660 Neustadt

Posteingang

Az.: _____

Antragsteller:

Versicherungsnummer: (falls nicht vorhanden, bitte nachfolgend Angaben zur Person des/der Antragsteller/in)			
Name evtl. Geburtsname:		Vorname (Bitte alle Vornamen angeben!):	
Straße, Hausnummer:		PLZ:	Ort:
E-Mail:		Telefon:	Telefax:
Geburtsdatum:	Geburtsort (Gemeinde, Landkreis, Land):		

1. Einwilligung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich bin damit einverstanden, dass mein Grundsicherungsträger / Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Das schließt die Unterlagen mit ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich meinem Grundsicherungsträger / Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich in dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass in den Fällen der Rückgriffverfahren nach §§ 110/111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichte) und Röntgenaufnahmen an den Grundsicherungsträger / Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von Ihnen eingesehen und verwertet werden.

2. Information der Antragstellerin / des Antragstellers

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir Daten, die wir im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von Ihnen beantragten Leistung erhalten haben, an einen anderen Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Arbeitsamt, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft oder Grundsicherungsträger / Rentenversicherungsträger) oder für eigene Aufgaben an einem sonstigen Dritten (beispielsweise einen anderen Gutachter) weitergegeben dürfen, falls dies erforderlich ist. Das ergibt sich aus § 76 in Verbindung mit § 69 SGB X. Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit und ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

Ich bestätige , dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe!

Hinweis:

Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des evtl. Bevollmächtigten - erforderlich.