



Name (ggf. Geburtsname)

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

An das Sozialgericht _____

Az.: _____

Angaben zu medizinischen Behandlungen und Untersuchungen

1. Behandelnde Ärzte (v.a. binnen der letzten 2 Jahre):

Name	Anschrift	Behandlungszeitraum von ... bis	Behandlungsgrund
<u>Hausarzt</u>			
<u>Internist</u>			
<u>Neurologe/Psychiater</u>			
<u>Orthopäde</u>			
<u>Sonstige</u>			

2. Stationäre Krankenhausbehandlungen (v.a. binnen der letzten 2 Jahre):

Name des Krankenhauses	Anschrift	Behandlungszeitraum von ... bis	Behandlungsgrund

3. Kur- oder Rehamaßnahmen (v.a. binnen der letzten 2 Jahre)

Name der Kurklinik/Rehaklinik	Anschrift	Behandlungszeitraum von ... bis	Behandlungsgrund

4. Andere Verfahren, in denen eine ärztliche Untersuchung stattgefunden hat

(durch Behörden bzw. Versicherungsträgern - wie z.B. Unfallversicherung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft – veranlasste Untersuchungen)

Veranlassende Behörde	Anschrift	Behandlungszeitraum und -grund	Name und Fachrichtung des Arztes
<u>Aktenzeichen:</u>			

<u>Aktenzeichen:</u>			
<u>Aktenzeichen:</u>			

Name (ggf. Geburtsname)

Vorname

Adresse

Sozialgericht _____

Az.: _____

Einwilligung und Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich willige ein, dass die vom Gericht zur Beurteilung meiner gesundheitlichen Verhältnisse für erforderlich gehaltenen Unterlagen (z.B. Befundberichte, Untersuchungsergebnisse, Krankengeschichten, Bildaufnahmen, Gutachten) **beigezogen werden**. Die vorstehend aufgeführten Ärzte und Angehörigen von Heilberufen bzw. Heilhilfsberufen (z.B. Psychotherapeuten) **entbinde ich dementsprechend von ihrer Schweigepflicht**.

Ich stimme zu, dass diese **Unterlagen im Verfahren verwertet** werden dürfen. Mir ist bekannt, dass die Unterlagen den Beteiligten des Verfahrens zugänglich gemacht werden können.

Meine Einwilligung ist **freiwillig** und kann **jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen** werden kann. Ich bin in Kenntnis, dass ein Widerruf der Einwilligung oder eine Nichterteilung dazu führen kann, dass eine hinreichende Aufklärung des Sachverhalts ggfs. nicht möglich ist und sich dies auf den Erfolg meines Begehrs negativ auswirken kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich verbindlich die vorstehend von mir gemachten Angaben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Name (ggf. Geburtsname)

Vorname

Adresse

Sozialgericht _____

Az.: _____

Einwilligung und Entbindung von Schweige- und Geheimhaltungspflicht (Behörden & Versicherungsträger)

Ich willige ein, dass die vom Gericht zur Aufklärung des Sachverhalts für erforderlich gehaltenen Unterlagen von den jeweils relevanten Stellen wie Behörden bzw. Versicherungsträgern (insbes. zuständige Krankenkasse, Pflegekasse, Unfallversicherungsträger/Berufsgenossenschaft, Rentenversicherungsträger) beigezogen werden.

Dementsprechend **entbinde** ich diese Stellen von der **sozialrechtlichen Geheimhaltungspflicht** (§ 35 SGB I).

Soweit Unterlagen ärztliche Gutachten oder sonstige Vorgänge medizinischer Art enthalten, erteile ich zugleich die **Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**.

Ich stimme zu, dass diese **Unterlagen im Verfahren verwertet** werden dürfen. Mir ist bekannt, dass die Unterlagen den Beteiligten des Verfahrens zugänglich gemacht werden können.

Meine Einwilligung ist **freiwillig** und kann **jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen** werden kann. Ich bin in Kenntnis, dass ein Widerruf der Einwilligung oder eine Nichterteilung dazu führen kann, dass eine hinreichende Aufklärung des Sachverhalts ggfs. nicht möglich ist und sich dies auf den Erfolg meines Begehrs negativ auswirken kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich verbindlich die vorstehend von mir gemachten Angaben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)