

Aktenzeichen.: _____

Sozialgericht Darmstadt
Steubenplatz 14
64293 Darmstadt

ERKLÄRUNG

In meinem/dem Rechtsstreit gegen _____

teile ich dem Gericht mit:

(Bitte jeweils vollständige Anschrift –Straße, Hausnummer, PLZ, Ort- angeben)

a) Mein Hausarzt / meine Hausärztin ist:

Name

Anschrift

seit

b) Außerdem befinde ich mich zurzeit in **ärztlicher Behandlung** bei:

1. _____
Name

Fachrichtung

Anschrift

von (Datum) bis
(Datum)

2. _____
Name

Fachrichtung

Anschrift

von (Datum) bis
(Datum)

3. _____
Name

Fachrichtung

Anschrift

von (Datum) bis
(Datum)

4. _____
Name

Fachrichtung

Anschrift

von (Datum) bis
(Datum)

Reicht der vorgesehene Platz nicht aus, um alle behandelnden Ärzte anzugeben, so fügen Sie diesem Formular bitte ein zusätzliches Blatt bei.

c) In den letzten zwei Jahren wurde ich außer von den bereits Genannten noch von folgenden Ärzten/Ärztinnen bzw. in folgenden **Krankenhäusern** oder sonstigen medizinischen Einrichtungen behandelt bzw. untersucht:

1.	_____	_____
	Name	Fachrichtung
	_____	_____
	Anschrift	vom/bis bzw. am
2.	_____	_____
	Name	Fachrichtung
	_____	_____
	Anschrift	vom/bis bzw. am
3.	_____	_____
	Name	Fachrichtung
	_____	_____
	Anschrift	vom/bis bzw. am
4.	_____	_____
	Name	Fachrichtung
	_____	_____
	Anschrift	vom/bis bzw. am
5.	_____	_____
	Name	Fachrichtung
	_____	_____
	Anschrift	vom/bis bzw. am

d) Weiterhin teile ich mit, dass bei folgenden **Behörden/Stellen** Akten über mich geführt werden, die **ärztliche Unterlagen** enthalten:

<u>Agentur für Arbeit</u>	<u>Anschrift:</u>	_____
	<u>Stamm-Nr.:</u>	_____
<u>Rentenversicherungsträger</u>	<u>Anschrift:</u>	_____
	<u>Versicherungs-Nr.:</u>	_____
<u>Hess. Amt f. Versorgung u. Soziales</u>	<u>Anschrift:</u>	_____
	<u>Geschäftszeichen:</u>	_____

<u>Berufsgenossenschaft</u>	<u>Anschrift:</u>	_____

	<u>Aktenzeichen:</u>
<u>Gesundheitsamt</u>	<u>Anschrift:</u>
	<u>Aktenzeichen:</u>
<u>Sozialamt</u>	<u>Anschrift:</u>
	<u>Aktenzeichen:</u>
<u>Med. Dienst der Krankenversicherung</u>	<u>Anschrift:</u>
	<u>Aktenzeichen:</u>
<u>Krankenkasse/Pflegekasse</u>	<u>Anschrift:</u>
	<u>Aktenzeichen:</u>

Schweigepflicht- und Geheimhaltungspflichtentbindung

Ich entbinde deshalb diese Ärzte/Ärztinnen, auch diejenigen, bei denen ich in den betreffenden Krankenhäusern oder sonstigen Einrichtungen in Behandlung oder zur Untersuchung bin oder war, von ihrer Schweigepflicht.

Ebenso befreie ich deshalb die genannten Behörden/Stellen von ihrer Geheimhaltungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch, §§ 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch – Allgemeiner Teil (SGB I), 67 ff. Sozialgesetzbuch Zehntes Buch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X), bzw. sonstigen gesetzlichen Bestimmungen; soweit diese Unterlagen Vorgänge medizinischer Art enthalten, erteile ich zugleich eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.

Der Verwertung der Unterlagen und Auskünfte im Verfahren stimme ich zu.

Mir ist bekannt, dass die Erteilung der Einwilligung freiwillig erfolgt.

Widerrufsrecht

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ganz oder bezüglich einzelner Ärzte/Ärztinnen oder anderer Stellen widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Hinweis

Das fehlende Einverständnis oder der Widerruf des Einverständnisses kann zur Folge haben, dass der Sachverhalt für das Gericht nicht mehr weiter aufklärbar ist.

Datum, eigenhändige Unterschrift des Klägers/der Klägerin