

Aktenzeichen.:

Sozialgericht Wiesbaden
Mainzer Straße 124
65189 Wiesbaden

ERKLÄRUNG

In dem Rechtsstreit

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>

.....
Aktenzeichen:
.....

Gesundheitsamt

Anschrift:
.....

Aktenzeichen:
.....

Sozialamt

Anschrift:
.....

Aktenzeichen:
.....

Med. Dienst der
Krankenversicherung

Anschrift:
.....
.....

Krankenkasse/Pflegekasse

Anschrift:
.....

Aktenzeichen:
.....

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