

An das
Sozialgericht Frankfurt am Main
Gutleutstraße 136
60327 Frankfurt

....., den.....
(Wohnort) (Datum)

Aktenzeichen: S _____

ERKLÄRUNG

In meinem Rechtsstreit gegen: _____

teile ich dem Gericht, damit die zur Aufklärung des Sachverhalts erforderlichen Ermittlungen angestellt werden können, mit:

(Bitte jeweils vollständige Anschrift angeben)

a) Mein Hausarzt / meine Hausärztin ist:

Name _____
Anschrift _____ seit _____

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

1. Name _____ Fachrichtung _____
Anschrift _____ seit _____
2. Name _____ Fachrichtung _____
Anschrift _____ seit _____
3. Name _____ Fachrichtung _____
Anschrift _____ seit _____
4. Name _____ Fachrichtung _____
Anschrift _____ seit _____

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 _____

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

Agentur für Arbeit

.....
Anschrift:

.....
Stamm-Nr.:

Rentenversicherungsträger

.....
Anschrift:

.....
Versicherungs-Nr.:

Hess. Amt f. Versorgung u. Soziales

.....
Anschrift:

.....
Geschäftszeichen:

Berufsgenossenschaft

.....
Anschrift:

.....
Aktenzeichen:

Gesundheitsamt

.....
Anschrift:

.....
Aktenzeichen:

Sozialamt

.....
Anschrift:

.....
Aktenzeichen:

Med. Dienst der Krankenversicherung

.....
Anschrift:

Krankenkasse/Pflegekasse

.....
Anschrift:

.....
Aktenzeichen:

Ich bin damit einverstanden, dass die zur Beurteilung meiner gesundheitlichen Verhältnisse für erforderlich gehaltenen Unterlagen (z.B. Krankengeschichte, Untersuchungsergebnisse, Röntgenaufnahmen) von den genannten Ärzten/Ärztinnen bzw. Krankenhäusern und sonstigen Einrichtungen bzw. Behörden/Stellen beigezogen werden und insoweit ergänzende Auskünfte eingeholt werden.

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 SGB I, 67 ff. 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.

.....
Datum, eigenhändige Unterschrift des Klägers/der Klägerin