Anlage

Schweigepflichtentbindungserklärung

Zutreffendes bitte ankreuzen

LANDKREIS SCHMALKALDEN-MEININGEN
natürlich sportlich

SE

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

1. Persönlichen Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede _____ Vorname _____

Familienname _____ Geburtsdatum _____

Kundennummer (falls vorhanden) _____ Aktenzeichen / Nummer der Bedarfsgemeinschaft _____

2. Schweigepflichtentbindungserklärung für Ärztinnen/Ärzte, Krankenhäuser und Kliniken

☐ Ich entbinde hiermit alle Ärztinnen/Ärzte, Krankenhäuser bzw. Kliniken, die mich im Zusammenhang mit dem in dem Unfallfragebogen genannten Schadensereignis behandelt oder begutachtet haben (siehe Punkt 7 des Unfallfragebogens), von der Schweigepflicht, soweit dies erforderlich ist, damit der Leistungsträger Schadensersatzforderungen nach § 116 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) prüfen und erforderlichenfalls geltend machen kann, wenn durch das Schadensereignis Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) ausgelöst werden. Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde, Untersuchungsergebnisse, Krankheitsgeschichten, Röntgenbilder und ähnliche Unterlagen, die sie über mich besitzen bzw. in Zukunft besitzen werden, zur Sachaufklärung und zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen den Trägern der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II zur Verfügung gestellt werden. Ich bin auch damit einverstanden, dass oben genannte Unterlagen, die bei einer Stelle innerhalb der Träger der Leistungen zur Sicherung des Lebens-unterhalts nach dem SGB II vorliegen bzw. vorliegen werden, der regressbearbeitenden Stelle zugänglich gemacht werden, sofern dies für die Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen erforderlich ist. Mir ist bekannt, dass die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgegeben wird und widerrufen werden kann. Mir ist ebenfalls bekannt, dass im Falle einer nicht erteilten Schweigepflichtentbindung im Rahmen der Amtsermittlungspflicht Untersuchungen durch den ärztlichen Dienst erforderlich wären. Ich entbinde die nachfolgend aufgelisteten Ärztinnen/Ärzte, Krankenhäuser bzw. Kliniken von der Schweigepflicht:

- Haben Sie mehrere Ärztinnen/Ärzte oder Krankenhäuser bzw. Kliniken aufgesucht, steht es Ihnen frei, für jede Ärztin/jeden Arzt oder jedes Krankenhaus bzw. jede Klinik eine gesonderte Schweigepflichtentbindungserklärung auszufüllen und abzugeben.

Name der Ärztin/des Arztes/des Krankenhauses bzw. der Klinik

_____

Anschrift

_____

Name der Ärztin/des Arztes/des Krankenhauses bzw. der Klinik

_____

Anschrift

_____

Name der Ärztin/des Arztes/des Krankenhauses bzw. der Klinik

_____

Anschrift

_____

3. Einverständniserklärung zur Einsichtnahme der Gutachten bei der gegnerischen Versicherung

☐ Ich gestatte dem Jobcenter die Einsichtnahme in sämtliche den Unfall/das Schadensereignis betreffende ärztliche Gutachten, die sich in den Akten der gegnerischen Versicherung (siehe unten) befinden. Diese Erklärung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit widerrufen werden. Mir ist bekannt, dass im Falle einer nicht erteilten Schweigepflichtentbindung im Rahmen der Amtsermittlungspflicht Untersuchungen durch den ärztlichen Dienst erforderlich wären.

Name der gegnerischen Versicherung

Anschrift

4. Einverständniserklärung zur Übersendung ärztlicher Gutachten an die gegnerische Versicherung

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen meiner unfallbedingten Rehabilitation erstellten ärztlichen Gutachten, soweit dies zur Geltendmachung der auf den Träger der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II gemäß § 116 SGB X übergegangenen Schadensersatzansprüche notwendig ist, der gegnerischen Versicherung zum Nachweis der Unfallbedingtheit übersandt werden.

Diese Erklärung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Ort/Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Formular drucken