

ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Stadt Zweibrücken als örtlicher Träger der Eingliederungs- und Sozialhilfe von den Ärzten, Behörden und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte – stattgefunden haben, werde ich der Stadt Zweibrücken umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass in den Fällen der Rückgriffverfahren nach §§ 110 / 111 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) bzw. der §§ 116 / 119 des Zehnten Buche des Sozialgesetzbuches – Verwaltungsverfahren (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an die Stadt Zweibrücken und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

Informationen der Antragstellerin / des Antragstellers

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir Daten, die wir im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von Ihnen beantragten Leistungen erhalten haben, an einen anderen Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Arbeitsamt, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft oder Grundsicherungsträger / Rentenversicherungsträger) oder für eigene Aufgaben an einen sonstigen Dritten (beispielsweise einen anderen Gutachter) weitergeben dürfen, falls dies erforderlich ist. Das ergibt sich aus § 76 i.V. mit § 69 SGB X. Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

_____, _____
Ort Datum

Unterschrift: _____

Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers – nicht die des evtl. Bevollmächtigten – erforderlich.

Die Ermächtigung ist vollständig auszufüllen und zu unterschreiben!