

Anlage

Schweigepflichtentbindungserklärung



Kreuzen Sie bitte
Zutreffendes an.

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Kundennummer (falls vorhanden)	Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)

2. Schweigepflichtentbindungserklärung für Ärztinnen/Ärzte, Krankenhäuser und Kliniken

Ich entbinde hiermit die nachfolgend aufgelisteten Ärztinnen/Ärzte, Krankenhäuser beziehungsweise Kliniken, die mich im Zusammenhang mit dem in dem Unfallfragebogen genannten Schadensereignis behandelt oder begutachtet haben (siehe Punkt 7 des Unfallfragebogens), von der Schweigepflicht. Die Schweigepflichtentbindung gilt, 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 beziehungsweise 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 Lebensunterhalts nach dem SGB II vorliegen beziehungsweise 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 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Mir ist bekannt, dass die BA meine Gesundheitsdaten nur in dem Umfang erhebt, der für die Prüfung und gegebenenfalls Durchsetzung des Anspruches erforderlich ist. Soweit ich nicht widerrufe, gilt diese Erklärung nur so lange, wie sie für die Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen erforderlich ist. Diese Erklärung ist auf die Dauer des Regressverfahrens beschränkt. Mit Abschluss des Regressverfahrens verliert die Erklärung automatisch ihre Gültigkeit.

Mir ist ebenfalls bekannt, dass im Falle einer nicht erteilten Schweigepflichtentbindung im Rahmen der Amtsermittlungspflicht Untersuchungen durch den Ärztlichen Dienst erforderlich wären.

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

Name der Ärztin/des Arztes/des Krankenhauses beziehungsweise der Klinik

Anschrift



2

SE

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

	Name der Ärztin/des Arztes/des Krankenhauses beziehungsweise der Klinik
	Anschrift
	Name der Ärztin/des Arztes/des Krankenhauses beziehungsweise der Klinik
	Anschrift

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

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 mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Soweit ich nicht widerrufe, gilt diese Erklärung nur so lange, wie sie für die Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen erforderlich ist. Diese Erklärung ist auf die Dauer des Regressverfahrens beschränkt. Mit Abschluss des Regressverfahrens verliert die Erklärung automatisch ihre Gültigkeit.

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 der gegnerischen Versicherung zum Nachweis der Unfallbedingtheit übersandt werden, soweit dies zur Geltendmachung der auf die Träger der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II gemäß § 116 SGB X übergegangenen Schadensersatzansprüche notwendig ist.

Diese Erklärung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Soweit ich nicht widerrufe, gilt diese Erklärung nur so lange, wie sie für die Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen erforderlich ist. Diese Erklärung ist auf die Dauer des Regressverfahrens beschränkt. Mit Abschluss des Regressverfahrens verliert die Erklärung automatisch ihre Gültigkeit.

Ort/Datum

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