



Erklärung

- Bitte unterschrieben zurücksenden -

Sozialgericht Münster
Geschäftsstelle
Alter Steinweg 45
48143 Münster

-

In dem Verfahren entbinde ich die Ärzte und sonstige Therapeuten (z. B. Psychotherapeuten), bei denen ich in Behandlung bin oder früher in Behandlung oder zur Untersuchung war und die ich im Fragebogen über ärztliche Behandlungen und Untersuchungen angegeben habe, von ihrer Schweigepflicht.

Ich stimme der Heranziehung und der Einsichtnahme in über mich geführte medizinische Unterlagen (z. B. Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Kurberichte, Röntgenbilder) durch das Gericht und die von ihm beauftragten medizinischen Sachverständigen zu. Ich bin mit der Beiziehung der Streitakten aus laufenden und abgeschlossenen Verfahren vor den Sozialgerichten wie auch mit der Beiziehung von Akten anderer Gerichte, Behörden und Sozialversicherungsträger einverstanden. Dies gilt insbesondere für die Verwaltungsvorgänge:

- der zuständigen Krankenkasse
- des zuständigen Unfallversicherungsträgers (Berufsgenossenschaft)
- des zuständigen Landschaftsverbandes, Kreises oder der zuständigen Stadt
- des zuständigen Rentenversicherungsträgers (z.B. DRV [früher: LVA, BfA])
- der zuständigen Agentur für Arbeit / des zuständigen Jobcenters

Insoweit entbinde ich auch die vorgenannten Stellen von ihren sozialrechtlichen und sonstigen Geheimhaltungspflichten.

(Ort, Datum und Unterschrift)

Bitte Hinweis Seite 2 beachten!

Hinweis: Anlagen bitte sorgfältig ausfüllen und hierbei neben der vollständigen Adresse der angegebenen Ärzte (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) auch die Fachrichtung angeben (z.B. Orthopäde, Internist, Allgemein-Mediziner).

Nichtzutreffendes kann gestrichen werden!