

Schweigepflichtentbindung

Familienname, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Kundennummer _____

Erklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, Krankenhäuser bzw. Kliniken, die mich im Zusammenhang mit dem in dem Unfallfragebogen genannten Schadensereignis behandelt oder begutachtet haben (siehe Ziffer 8 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. Es handelt sich dabei um die nachfolgend aufgelisteten Ärzte, Krankenhäuser bzw. Kliniken:

Name und Anschrift des Arztes/der Ärzte bzw. der Klinik(en):

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 dem Träger der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch zur Verfügung gestellt werden.

Ich bin auch damit einverstanden, dass o.g. Unterlagen, die bei einer Stelle innerhalb des Trägers der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts 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.

Ort, Datum

Unterschrift

Familienname, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Kundennummer _____

Erklärung

Ich gestatte dem Träger der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch die Einsichtnahme in sämtliche den Unfall/das Schadensereignis betreffende ärztliche Gutachten, die sich in den Akten der gegnerischen Versicherung (siehe unten) befinden.

Name und Sitz der gegnerischen Versicherung: _____

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.

Ort, Datum

Unterschrift

Familienname, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Kundennummer _____

Erklärung

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 Zweiten Buch Sozialgesetzbuch gemäß § 116 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch 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