

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
,	
Aktenzeichen	

## Einverständniserklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

### Einwilligung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich bin damit einverstanden, dass mein Sozialleistungsträger / Rentenversicherungsträger von den Ärzten 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 meinem Sozialleistungsträger / Rentenversicherungsträger 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 auch § 110 und § 111 SGB VII bzw. der § 116 und § 119 SGB X die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Sozialleistungsträger / Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

### Information 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, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaften 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 in Verbindung mit § 69 SGB X. Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit und ohne Angaben 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).

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Ort, Datum
------------

Unterschrift
--------------

**Hinweis:** Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers oder gegebenenfalls des gesetzlichen Betreuers erforderlich, nicht die einer/eines eventuell Bevollmächtigten.

BUS