

**Bitte ausgefüllt und eigenhändig unterschrieben zurücksenden!**

**Erklärung**

**I. Angaben über ärztliche Behandlungen in der Zeit**

1. Welche Ärzte haben Sie in dieser Zeit behandelt?

Name und <b>Anschrift</b> des Arztes (ggf. bitte auch Name der Praxis angeben)	Fachrichtung	von wann bis wann	wegen
a)			
b)			
c)			
d)			
e)			
f)			
g)			
h)			
i)			

2. In welchen Krankenhäusern oder -einrichtungen sind Sie in dieser Zeit stationär behandelt worden?

Name und Anschrift der Krankenanstalt	Abteilung	von wann bis wann	wegen

3. Angaben über Krankheitsbefunde

Sind Sie bereits in einem anderen Verfahren ärztlich untersucht worden?

Wenn ja: Bitte Angabe von bearbeitender Stelle und Aktenzeichen

a) Unfallversicherung am:  
Berufsgenossenschaft:

\_\_\_\_\_

b) Rentenversicherung am:  
Versicherungsanstalt:

\_\_\_\_\_

c) Arbeitslosenversicherung am:  
Agentur für Arbeit:

\_\_\_\_\_

d) Kriegsopferversorgung am:  
Landesamt für soziale Dienste:

\_\_\_\_\_

e) Anerkennung nach dem Schwerbehindertengesetz am:  
Landesamt für soziale Dienste:

\_\_\_\_\_

f) am:  
Versicherungsträger:

## I. Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die bezüglich meines Klagebegehrens über mich bei Krankenhäusern, Ärzten und Gesundheitsämtern vorliegenden Krankengeschichten, Gutachten, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen sowie die über mich bei den Gerichten, Behörden, Versicherungsträgern und Arbeitgebern geführten Akten einschließlich ärztlicher Unterlagen durch das Gericht herangezogen werden.

Ich genehmige deren Verwertung im Verfahren und entbinde die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Diese Erklärung enthält auch eine Entbindung von der sozialrechtlichen Geheimhaltungspflicht (§ 35 Erstes Buch Sozialgesetzbuch).

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

### Erläuterungen zur Einwilligungserklärung

**Um über Ihre Klage entscheiden zu können, muss das Gericht die für die Beurteilung Ihres Klagebegehrens erforderlichen Unterlagen beziehen. Hierzu benötigt das Gericht Ihre Erklärung, dass Sie insoweit Ihre behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbinden und mit der Heranziehung der benötigten Akten und Versicherungsunterlagen einverstanden sind.**

**Bitte unterzeichnen Sie die Einwilligungserklärung. Bedenken Sie, dass es sich hier um einen standardisierten Vordruck handelt, der für eine Vielzahl von unterschiedlichen Verfahren benutzt wird.**

**Das Gericht holt nur die für Ihr Verfahren erforderlichen Auskünfte ein.**

**Sie können Ihre Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen (mit Wirkung für die Zukunft) widerrufen. Soweit das Gericht ohne Ihre Angaben und/oder wegen fehlender oder widerrufener Einwilligungserklärung die erforderlichen Ermittlungen bezüglich Ihres Klagebegehrens nicht oder nicht weiter durchführen oder für die Entscheidung erhebliche Erkenntnisse nicht verwerten kann, könnte dies allerdings den Ausgang des Verfahrens zu Ihrem Nachteil beeinflussen.**