

Anlage SE – Schweigepflichtentbindung zum Unfallfragebogen

Füllen Sie diese Anlage (ohne die grau unterlegten Felder) bitte vollständig und gut lesbar in Druckschrift aus. Sie vermeiden dadurch zeitintensive und kostenaufwändige Rückfragen. Beachten Sie bitte die Ausfüllhinweise. Die Antragsvordrucke finden Sie auch im Internet unter www.jobcenter-row.de.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre Leistungssachbearbeiterin / Ihren Leistungssachbearbeiter.

| |
|---|
| Tag der Antragstellung (wenn abweichend vom Erst- bzw. Weiterbewilligungsantrag) |
|---|

| |
|------------------------------|
| Eingangsdatum / Dienststelle |
|------------------------------|

1. Meine persönlichen Daten

Aktenzeichen _____

Das Aktenzeichen entnehmen Sie bitte dem letzten Bescheid bzw. Anschreiben.

Vorname _____ Familienname _____ Geburtsdatum _____

2. Persönliche Daten der Person, auf die sich die Angaben in dieser Anlage beziehen

Vorname _____ Familienname _____ Geburtsdatum _____

3. Schweigepflichtentbindungserklärung für Ärzte, Krankenhäuser und Kliniken

- Ich entbinde hiermit alle Ärzte, Krankenhäuser bzw. Kliniken, die mich im Zusammenhang mit dem in dem Unfallfragebogen genannten Schadensereignis behandelt oder begutachtet haben, 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.

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 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 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.

Ich entbinde die nachfolgend aufgelisteten Ärzte, Krankenhäuser bzw. Kliniken von der Schweigepflicht:

Name _____

Anschrift _____

Name _____

Anschrift _____

4. 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 befinden.

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.

Name der gegnerischen Versicherung _____

Anschrift _____

5. Einverständniserklärung zur Übersendung ärztlicher Gutachten an die gegnerische Versicherung

- 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 SGB II gemäß § 116 SGB X übergegangenen Schadensersatzansprüche notwendig ist, der gegnerischen Versicherung zum Nachweis der Unfallbedingtheit übersandt werden.

Diese Erklärung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Ich bestätige, dass die Angaben zutreffend sind.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin /
des Antragstellers

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
minderjähriger Antragsteller/innen