

**Entbindung von der Schweigepflicht für
den Ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit**

Erklärung

Ich,

Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in

Straße, PLZ, Ort

befreie hiermit

(bitte nur ein Feld ankreuzen)

- die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt
- die Psychotherapeutin/den Psychotherapeuten
- die Gutachterin/den Gutachter des Rentenversicherungsträgers
- die Gutachterin/den Gutachter des Medizinischen Dienstes (MD; früher MDK)
- die Gutachterin/den Gutachter der Berufsgenossenschaft/gesetzl. Unfallversicherung
- die Ärztin/den Arzt des Gesundheitsamtes
- das Sozialgericht
- die Ärztin/den Arzt der Behörde, die das Schwerbehindertenrecht bzw. das Soziale Entschädigungsrecht durchführt

Name und Anschrift der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes / Psychotherapeutin / Psychotherapeut / Einrichtung / Sozialbehörde

von der ärztlichen/psychotherapeutischen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen der Ärztin / dem Arzt der Agentur für Arbeit im verschlossenen Umschlag zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden, soweit dies für die Feststellung meiner gesundheitlichen Voraussetzungen innerhalb der Inanspruchnahme von Sozialleistungen (Dienst-, Sach- und Geldleistungen) erforderlich ist. Die medizinischen Unterlagen dürfen ohne Begründung (z.B. Berufskrankheit, Unfall, festgestellte Behinderung o. ä.) nicht älter als 4 Jahre sein. Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei fehlender Mitwirkung können die Sozialleistungen jedoch unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Diese Erklärung gilt für Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.

Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters