2

jobcenter

Anlage

SE

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (sogenannte „Schweigepflichtentbindungserklärung“) ergänzend zum Unfallfragebogen (Anlage UF)

Die geschädigte Person entbindet mit diesem Formular Ärztinnen/Ärzte, Krankenhäuser und Kliniken von deren ärztlicher Schweigepflicht. Wenn die geschädigte Person mehrere Ärztinnen/Ärzte, Krankenhäuser oder Kliniken aufgesucht hat, kann sie für jede Ärztin/jeden Arzt, jedes Krankenhaus oder jede Klinik auch jeweils eine Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ausfüllen und abgeben. Die geschädigte Person kann auch ihr Einverständnis zur Einsichtnahme und Übermittlung von Gutachten erteilen. Wenn eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erfolgt, kann eine Beurteilung anhand von ärztlichen Unterlagen und Gutachten erfolgen und dadurch können zusätzliche Untersuchungen vermieden werden.

A. Persönliche Daten der antragstellenden Person

1 Vorname

2 Nachname

3 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

4 Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)

B. Persönliche Daten der geschädigten Person

5 Vorname

6 Nachname

7 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

C. Schweigepflichtentbindungserklärung für Ärztinnen/Ärzte, Krankenhäuser und Kliniken

Ich entbinde hiermit die nachfolgend aufgelisteten Ärztinnen/Ärzte, Krankenhäuser oder Kliniken von der Schweigepflicht.

Die Schweigepflichtentbindung gilt für Schadensersatzansprüche nach § 116 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Der Träger von Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) – das Jobcenter – kann mit Hilfe der Schweigepflichtentbindung einen Schadensersatz nach § 116 SGB X prüfen. Das Jobcenter kann Schadensersatzansprüche erforderlichenfalls auch anmelden, wenn aufgrund des Schadensereignisses Leistungen nach dem SGB II gezahlt werden müssen.

Ich bin damit einverstanden, dass die aufgelisteten Ärztinnen/Ärzte, Krankenhäuser oder Kliniken vorliegende Befunde, Untersuchungsergebnisse, Krankheitsgeschichten, Röntgenbilder und ähnliche Unterlagen an das Jobcenter weitergeben. Dies betrifft auch Unterlagen, die erst noch erstellt werden.

Ich bin auch damit einverstanden, dass das Jobcenter die oben genannten Unterlagen an die regressbearbeitende Stelle weitergibt, sofern diese mit der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen betraut wird.

Mir ist bekannt, dass das Jobcenter und die Bundesagentur für Arbeit meine Gesundheitsdaten nur in dem Umfang erheben, der für die Prüfung und gegebenenfalls Durchsetzung des Anspruches erforderlich ist.

Die Schweigepflichtentbindungserklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Sie gilt nur so lange, wie sie für die Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen erforderlich ist. Mit Abschluss des Verfahrens verliert die Erklärung automatisch ihre Gültigkeit.

Mir ist bekannt, dass im Falle einer nicht erteilten Schweigepflichtentbindung Untersuchungen durch den Ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit erforderlich wären.

8 Name der ersten Ärztin/des ersten Arztes oder des ersten Krankenhauses oder der ersten Klinik

9 Straße	10 Hausnummer	11 Postleitzahl	12 Ort

13 Name der zweiten Ärztin/des zweiten Arztes oder des zweiten Krankenhauses oder der zweiten Klinik

14 Straße	15 Hausnummer	16 Postleitzahl	17 Ort

18 Name der dritten Ärztin/des dritten Arztes oder des dritten Krankenhauses oder der dritten Klinik

19 Straße	20 Hausnummer	21 Postleitzahl	22 Ort

D. Einverständniserklärung zur Einsichtnahme der Gutachten bei der gegnerischen Versicherung

Ich bin damit einverstanden, dass das Jobcenter alle ärztlichen Gutachten, die den Unfall/das Schadensereignis betreffen und sich in den Akten der gegnerischen Versicherung befinden, ansehen darf.

Diese Einverständniserklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Sie gilt nur so lange, wie sie für die Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen erforderlich ist. Mit Abschluss des Verfahrens verliert die Erklärung automatisch ihre Gültigkeit.

Mir ist bekannt, dass im Falle einer nicht erteilten Einverständniserklärung Untersuchungen durch den Ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit erforderlich wären.

23 Name der gegnerischen Versicherung

24 Straße	25 Hausnummer	26 Postleitzahl	27 Ort

E. Einverständniserklärung zur Übersendung ärztlicher Gutachten an die gegnerische Versicherung

Ich bin damit einverstanden, dass die ärztlichen Gutachten, die aufgrund meines Unfalls erstellt wurden, der gegnerischen Versicherung zum Nachweis des Schadens übersandt werden, soweit dies zur Geltendmachung der Schadensersatzansprüche notwendig ist.

Diese Einverständniserklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Sie gilt nur so lange, wie sie für die Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen erforderlich ist. Mit Abschluss des Verfahrens verliert die Erklärung automatisch ihre Gültigkeit.

F. Hinweise und Unterschrift

28 Bitte kreuzen Sie an, für welche Erklärung die geschädigte Person ihr Einverständnis gibt und lassen Sie die geschädigte Person unterschreiben. Sofern Sie selbst die geschädigte Person sind oder Sie die geschädigte Person gesetzlich betreuen, unterschreiben Sie bitte selbst.

- ☐ Schweigepflichtentbindungserklärung für Ärztinnen/Ärzte, Krankenhäuser und Kliniken (Abschnitt C)
- ☐ Einverständniserklärung zur Einsichtnahme der Gutachten bei der gegnerischen Versicherung (Abschnitt D)
- ☐ Einverständniserklärung zur Übersendung ärztlicher Gutachten an die gegnerische Versicherung (Abschnitt E)

29 Datum

30 Unterschrift geschädigte Person/gesetzliche Betreuung/Vormund

Datenschutzhinweise

Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch für die Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch erhoben und unterliegen dem Sozialgeheimnis. Näheres zum Datenschutz finden Sie im Internet unter: www.arbeitsagentur.de/datenerhebung
Falls Sie hierzu Fragen haben, melden Sie sich bei dem für Sie zuständigen Jobcenter.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

31 Datum

32 Unterschrift antragstellende Person (bei Minderjährigen: Unterschrift erziehungs- oder sorgeberechtigte Person)

33 Datum

34 Unterschrift Betreuerin/Betreuer/Vormund