



Informationsblatt zur Vorstellung im Ärztlichen Dienst

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben mitgeteilt, dass Sie gesundheitliche Beschwerden haben, die für Ihre Beratung bzw. Vermittlung Auswirkungen haben. Ihre Beratungs-/Vermittlungsfachkraft möchte daher, wie mit Ihnen besprochen, Ihre gesundheitliche Leistungsfähigkeit durch den Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit abklären lassen.

Sie erhalten deshalb den beigefügten Gesundheitsfragebogen mit der Bitte, diesen sorgfältig auszufüllen und gegebenenfalls bereits vorhandene medizinische Befunde beizufügen. Dadurch bleibt der Aufwand für Sie selbst gering und mögliche Rückfragen können schon im Vorfeld vermieden werden.

Der Gesundheitsfragebogen dient ausschließlich zur Information des Ärztlichen Dienstes der Agentur für Arbeit über Ihren Gesundheitszustand und die bisherige medizinische Behandlung. Eine Unterstützung durch die Beratungs-/Vermittlungsfachkräfte bzw. Sachbearbeiter/in beim Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens darf nur auf Ihren ausdrücklichen Wunsch hin erfolgen.

Sofern Sie nicht bereit sind, den Gesundheitsfragebogen auszufüllen, sind hierfür wichtige Gründe (im Sinne des § 65 SGB I) gegenüber Ihrer zuständigen Beratungs- und Vermittlungsfachkraft bzw. Ihrer Sachbearbeiterin/Ihrem Sachbearbeiter darzulegen. Füllen Sie den Gesundheitsfragebogen ohne wichtigen Grund nicht aus, kann dies bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen des § 66 SGB I zu einer vollständigen oder teilweisen Versagung oder Entziehung der Leistungen führen.

Um bereits vorhandene Befunde Ihrer vorbehandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte und Kliniken anfordern zu können, bitten wir Sie, diese von der Schweigepflicht zu entbinden. Hierdurch können unnötige Doppeluntersuchungen vermieden werden.

Hierzu können Sie von den beigefügten Vordrucken Gebrauch machen. Benutzen Sie nur die Vordrucke, die für Sie zutreffen. Die nicht relevanten Vordrucke müssen selbstverständlich nicht ausgefüllt werden.

Wir weisen darauf hin, dass Sie zur Abgabe einer Schweigepflichtentbindungserklärung grundsätzlich nicht verpflichtet sind und eine einmal erteilte Erklärung jederzeit widerrufen können. Sofern Sie zur Abgabe einer Schweigepflichtentbindungserklärung nicht bereit sind, sind hierfür wichtige Gründe (im Sinne des § 65 SGB I) gegenüber Ihrer zuständigen Beratungs- und Vermittlungsfachkraft bzw. Ihrer Sachbearbeiterin/Ihrem Sachbearbeiter darzulegen. Alternativ können Sie auch selbst bereits vorhandene medizinische Befunde vorlegen.

Sofern Sie weder die erforderliche(n) Schweigepflichtentbindungserklärung(en) erteilen, noch bereits vorhandene medizinische Befunde zur Verfügung stellen und die Aufklärung des Sachverhaltes dadurch erheblich erschwert ist, kann dies bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen des § 66 SGB I zu einer vollständigen oder teilweisen Versagung oder Entziehung der Leistungen führen. Die Aufklärung des Sachverhaltes ist z.B. dann erheblich erschwert, wenn eine erneute Untersuchung durch den Ärztlichen Dienst erforderlich wird, die ansonsten entbehrlich wäre (Doppeluntersuchung) und die von Ihnen vorgebrachten Gründe zur Verweigerung der Mitwirkung keine erneute Untersuchung durch den Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit rechtfertigen.

Bitte reichen Sie alle Unterlagen - also den ausgefüllten Gesundheitsfragebogen, die ausgestellten Schweigepflichtentbindungen und alle ggf. vorhandenen medizinischen Befunde - schnellstmöglich in einem verschlossenen Umschlag wieder bei der Agentur für Arbeit ein. Der Umschlag wird verschlossen an den Ärztlichen Dienst weitergegeben. Nur dieser darf Einsicht in Ihre Unterlagen nehmen.

Die Erstellung einer Sozialmedizinischen gutachterlichen Stellungnahme durch den Ärztlichen Dienst

Sobald dem Ärztlichen Dienst alle Unterlagen vorliegen, wird dieser entscheiden, ob eine Untersuchung erforderlich oder die Erstellung einer Sozialmedizinischen gutachterlichen Stellungnahme anhand der vorgelegten Unterlagen möglich ist. Oft reichen die medizinischen Befunde von Ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten aus, um eine Sozialmedizinische gutachterliche Stellungnahme zu erstellen. Falls Ihr persönliches Erscheinen für eine ärztliche Untersuchung erforderlich ist, erhalten Sie eine gesonderte Einladung vom Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit. Die Sozialmedizinischen gutachterlichen Stellungnahmen werden durch den Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit oder von einer Vertragsärztin bzw. einem Vertragsarzt erstellt.

Wir legen dabei großen Wert auf den Schutz Ihrer Gesundheitsdaten. Alle Angaben und Unterlagen werden vertraulich behandelt. Die Ärztinnen und Ärzte des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit sowie alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir sichern Ihnen zu, dass der Ärztliche Dienst – in Befolgung klarer gesetzlicher Regeln – darauf achtet, dass in der Sozialmedizinischen gutachterlichen Stellungnahme nur solche Angaben über Ihre Person und Ihren Gesundheitszustand gemacht werden, die für die Beratung, Vermittlung oder die Klärung von Leistungsansprüchen notwendig sind. Alle sonstigen Informationen (aus den zugesandten Befunden oder dem Gespräch zwischen Ihnen und der Ärztin oder dem Arzt) bleiben dagegen – wie bei Ihrem behandelnden Arzt – unter Verschluss im Archiv des Ärztlichen Dienstes.

Die Sozialmedizinische gutachterliche Stellungnahme wird Ihnen von Ihrer Beratungs-/Vermittlungsfachkraft eröffnet. Diese beantwortet Ihnen auch Fragen zu dem Ergebnis der Begutachtung. Bei Fragen zu den medizinischen Inhalten können Sie sich an den zuständigen Ärztlichen Dienst wenden.

Noch ein Hinweis: Wenn es eine „Kundentheke“ des Ärztlichen Dienstes (in Ihrer Agentur für Arbeit) gibt, können Sie dort ggf. weitere Fragen direkt klären.

Information zum Widerspruchsrecht (gemäß § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i. V. m. § 76 SGB X)

Wir weisen darauf hin, dass Ihre medizinischen Daten (Begutachtungsdaten) an andere Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkassen, Rentenversicherungsträger oder andere Behörden) übermittelt werden dürfen, wenn dies zur Erfüllung deren gesetzlicher Aufgaben oder zur Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ergibt sich aus § 76 Absatz 2 Nr. 1 in Verbindung mit § 69 Absatz 1 Nr. 1 und 2 SGB X. Sie können einer solchen Weitergabe ohne Angabe von Gründen widersprechen. Dies hat keine Auswirkung auf Ihre Pflicht zur Mitwirkung bei der Aufklärung des Sachverhalts nach §§ 60 ff SGB I.



**An den
Ärztlichen Dienst der
Agentur für Arbeit**

Kundendaten:	Zuständige Organisationseinheit:
Name, Vorname:	Organisationszeichen:
Geburtsdatum:	
Anschrift:	Name der Mitarbeiterin/ des Mitarbeiters:
Kundennummer:	

1. Haben Sie gesundheitliche Probleme mit Auswirkung auf?

- Ihre Schul-/Ausbildungszeit ja nein
- zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit ja nein
- frühere berufliche Tätigkeit ja nein
- geplante zukünftige Tätigkeit ja nein
- sonstiges: _____

Falls ja:

- Schildern Sie bitte kurz Ihre Erkrankungen bzw. Ihre Beschwerden.

- Bei welchen Arbeiten haben bzw. hatten Sie dadurch Probleme:

Falls Sie noch nie beruflich tätig waren:

Beschreiben Sie bitte kurz, welche gesundheitlichen Probleme haben Sie, die aus Ihrer Sicht bei zukünftigen beruflichen Tätigkeiten beachtet werden sollten (z. B. Allergien):

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

ggf. welche: _____

Alternativ können Sie auch Ihren Medikamentenplan beilegen.

3. Welche Erkrankungen liegen vor?			Im Einzelnen liegt folgende Erkrankung vor:
<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen		
<input type="checkbox"/>	Asthma		
<input type="checkbox"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankungen		
<input type="checkbox"/>	Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus)		
<input type="checkbox"/>	Wirbelsäulen-Erkrankungen		
<input type="checkbox"/>	Knochen- oder Gelenk-Erkrankungen		
<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankungen		
<input type="checkbox"/>	Blasen-Nieren-Erkrankungen		
<input type="checkbox"/>	Lähmungen		
<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)		
<input type="checkbox"/>	Augenerkrankungen		
<input type="checkbox"/>	Erkrankungen der Ohren, Nase und des Halses		
<input type="checkbox"/>	Allergien/Heuschnupfen		
<input type="checkbox"/>	Erkrankungen der Haut		
<input type="checkbox"/>	Angeborene Erkrankungen oder Behinderungen bzw. Entwicklungsstörungen		
<input type="checkbox"/>	Lernschwierigkeiten (z.B. Lese-Rechtschreib-Schwäche)		
<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen oder Behinderungen		
<input type="checkbox"/>	Operationen		
<input type="checkbox"/>	Unfall	Schulunfall/ Unfall während der Ausbildung	<input type="checkbox"/>
		Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/>
		Fremdverschulden	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Berufserkrankung		anerkannt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verfahren läuft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4. Bei welcher Ärztin/welchem Arzt und/oder Psychotherapeutin/Psychotherapeuten befinden bzw. befanden Sie sich wegen dieser gesundheitlichen Probleme in Behandlung?

Geben Sie bitte zuerst Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt und dann Ihre behandelnden Fachärztinnen/Fachärzte an:

a.)

Vorname, Name der Ärztin/des Arztes, Psychotherapeutin/Psychotherapeuten

Facharzt
bezeichnung

PLZ, Ort, Straße, Nr.

Letzte Behand-
lung am

b.)

Vorname, Name der Ärztin/des Arztes, Psychotherapeutin/Psychotherapeuten

Facharzt
bezeichnung

PLZ, Ort, Straße, Nr.

Letzte Behand-
lung am

c.)

Vorname, Name der Ärztin/des Arztes, Psychotherapeutin/Psychotherapeuten

Facharzt
bezeichnung

PLZ, Ort, Straße, Nr.

Letzte Behand-
lung am

Fügen Sie bitte medizinische **(Befund-)Unterlagen**, die Ihnen vorliegen oder die Sie von Ihren Ärztinnen/Ärzten bekommen können, im **verschlossenen** Umschlag bei.

Damit der Ärztliche Dienst die von Ihnen genannten Ärztinnen/Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten befragen kann und/oder ergänzend Befunde einholen darf, geben Sie bitte Ihr Einverständnis auf den beiliegenden Schweigepflichtentbindungen. Dies beschleunigt die Bearbeitung.

5. Sind Sie zurzeit krank (arbeitsunfähig) geschrieben?

seit wann: _____

bis wann: _____

durch welche Ärztin/welchen Arzt? _____

ja nein

Sie hatten noch nie ein Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnis? Bitte weiter zu Frage 8.

Sie haben/hatten bereits ein Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnis? Bitte weiter mit Frage 6.

<p>6. Wurden bzw. werden Sie in der nächsten Zeit nach längerer Arbeitsunfähigkeit aus dem Leistungsbezug der Krankenkasse ausgesteuert? (Erhalten Sie kein Krankengeld mehr?)</p> <p><input type="checkbox"/> falls ja - wann: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Wurde der Krankengeldbezug anderweitig beendet – wenn ja, wann? _____</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<p>7. Ist das letzte Arbeitsverhältnis/Ausbildungsverhältnis beendet?</p> <p>Falls ja - Wann?: _____ Wie? <input type="checkbox"/> Aufhebungsvertrag <input type="checkbox"/> eigene Kündigung <input type="checkbox"/> Kündigung durch den Arbeitgeber</p> <p>Falls nein: bitte geben Sie eine kurze Beschreibung der Tätigkeit an: wöchentliche Arbeitszeit/Normalarbeitszeit oder ggf. welche Schichten/überwiegend verrichtete Arbeiten/besondere Belastungen etc.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<p>8. Wurden Sie in den letzten 3 Jahren vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) von einer Berufsgenossenschaft/gesetzl. Unfallversicherung bzw. einem Gesundheitsamt oder vom Ärztlichen Dienst einer Agentur für Arbeit begutachtet?</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Wann?	Wo?	Versicherungs-/Kundennummer:
MDK			
Berufsgenossenschaft/ gesetzliche Unfallversicherung			
Gesundheitsamt			
Agentur für Arbeit			(wenn nicht bereits oben schon eingetragen)

<p>9. Haben Sie in den letzten 3 Jahren einen Rehabilitationsantrag gestellt? _____</p> <p>Falls ja, wo und wann wurde der Antrag gestellt? _____</p> <p>Ärztliche Untersuchung am: _____ wo? _____</p> <p><input type="checkbox"/> noch laufend <input type="checkbox"/> Rehabilitationsantrag abgelehnt (bitte Bescheid in Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> Rehabilitationsmaßnahme wurde bewilligt <input type="checkbox"/> Reha-Maßnahme wurde durchgeführt von _____ bis _____</p> <p>Name der Einrichtung: _____ Anschrift der Einrichtung: _____</p> <p>Bitte legen Sie den Reha-Bericht in Kopie bei oder unterschreiben Sie ggf. eine entsprechende Schweigepflichtentbindung</p> <p>Waren Sie in den letzten 3 Jahren in einem medizinischen Heilverfahren in einer Rehabilitationsklinik, einem ambulanten Reha-Zentrum, einer Vorsorge-maßnahme in einer Kurklinik oder zu einer Behandlung in einem Krankenhaus?</p> <p>Die Kosten wurden übernommen von:</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Versorgungsamt <input type="checkbox"/> Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Sonstige: _____</p> <p>Stationäre Behandlung: <input type="checkbox"/> Tagesklinische Behandlung: <input type="checkbox"/></p> <p>Name der Klinik/des ambulanten Reha-Zentrums: _____</p> <p>Ort: _____ Monat: _____ Jahr: _____</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Sie hatten noch nie ein Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnis? Bitte weiter zu Frage 11.

Sie haben/hatten bereits ein Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnis? Bitte weiter mit Frage 10.

<p>10. Haben Sie in den letzten 3 Jahren einen Erwerbsminderungs-/Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits- Rentenanspruch gestellt: _____</p> <p>Rentenversicherungsnummer: _____</p> <p>gestellt am: _____</p> <p>Falls ja: Ärztliche Untersuchung am: _____ wo? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Verfahren läuft noch <input type="checkbox"/> Rente wurde bewilligt <input type="checkbox"/> Rentenanspruch abgelehnt (bitte Bescheid in Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> Widerspruchsverfahren wegen Rentenablehnung ist</p> <p><input type="checkbox"/> noch laufend <input type="checkbox"/> beendet</p> <p><input type="checkbox"/> Klage wegen Rentenablehnung wurde beim Sozialgericht erhoben ggf. Anschrift und Aktenzeichen des Sozialgerichts: _____</p> <p><input type="checkbox"/> noch laufend <input type="checkbox"/> beendet (bitte Urteil in Kopie beifügen)</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

<p>11. Haben Sie eine anerkannte Behinderung oder besteht eine Schwerbehinderung? (Schwerbehindertenausweis?)</p> <p>Grad der Behinderung (GdB): _____ Besondere Merkzeichen: _____</p> <p>Ausstellende Behörde: _____</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<p>12. Besteht eine gesetzliche Betreuung?</p> <p>Falls ja - durch das Amtsgericht: _____</p> <p>Name Betreuer/in: _____</p> <p>Anschrift Betreuer/in: _____</p> <p>Telefonnummer Betreuer/in: _____</p> <p>Die Betreuung besteht für folgende Bereiche:</p> <p><input type="checkbox"/> Gesundheitssorge (bitte eine Kopie der Betreuungsurkunde beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> finanzielle Angelegenheiten</p> <p><input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten</p> <p><input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bei unter 18-jährigen Personen sind die Unterschriften der gesetzlichen Vertreterinnen/Vertreter erforderlich:

Wir, _____ geb. am _____
 Name Vorname, Geburtsdatum

und _____ geb. am _____
 Name Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____
 Straße, PLZ, Ort

sind Erziehungsberechtigte und erklären hiermit unser Einverständnis, dass bei der/dem Jugendlichen

_____ geb. am _____
 Name Vorname, Geburtsdatum

vom Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit von einer Ärztin/einem Arzt eine sozialmedizinische Begutachtung und ggf. Laboruntersuchung (z. B. Drogenscreening, Blutuntersuchung) durchgeführt werden darf. Wir wurden über den Sinn und Zweck der Untersuchung im Vorfeld informiert. Diese Erklärung gilt für den aktuellen Begutachtungsanlass. Uns ist bekannt, dass wir diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich widerrufen können.

 Datum Unterschriften Erziehungsberechtigte



Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ eine Ärztin/einen Arzt oder mehrere behandelnde Ärztinnen/Ärzte eingetragen haben, unterschreiben Sie bitte für jede Ärztin/jeden Arzt eine Schweigepflichtentbindung.

**Entbindung von der Schweigepflicht für die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt /
oder die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten**

Erklärung

Ich, _____, , , geb. am _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____,
Straße, PLZ, Ort

befreie hiermit Frau / Herrn

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes / Psychotherapeutin / Psychotherapeut PLZ, Ort

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 die Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.

Datum Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters



Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ eine Ärztin/einen Arzt oder mehrere behandelnde Ärztinnen/Ärzte eingetragen haben, unterschreiben Sie bitte für jede Ärztin/jeden Arzt eine Schweigepflichtentbindung.

**Entbindung von der Schweigepflicht für die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt /
oder die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten**

Erklärung

Ich, _____, , , geb. am _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____,
Straße, PLZ, Ort

befreie hiermit Frau / Herrn

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes / Psychotherapeut / Psychotherapeutin PLZ, Ort

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 die Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.

Datum Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters



Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass Sie in den letzten drei Jahren einen Rentenanspruch oder Reha-Antrag bei Ihrer Rentenversicherung gestellt haben, unterschreiben Sie bitte diese Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für den Rentenversicherungsträger

Erklärung

Ich, _____, , , geb. am _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____,
Straße, PLZ, Ort

befreie hiermit den/die Gutachter/innen des Rentenversicherungsträgers

Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Entlassungsberichte, 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 die Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.

Datum Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters





Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass Sie in den letzten drei Jahren an einem medizinischen Heilverfahren in einer Kur-, Rehabilitationsklinik oder eines ambulanten Reha-Zentrums teilgenommen haben, unterschreiben Sie bitte diese Erklärung.

Anforderung des Entlassungsberichtes der Rehabilitationsklinik bzw. des ambulanten Reha-Zentrums

Erklärung

Ich, _____, , , geb. am _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____,
Straße, PLZ, Ort

erteile meine Einwilligung zur Übermittlung des Entlassungsberichtes der

Rehabilitationsklinik /ambulanten Reha-Zentrums _____ aus
dem Jahr _____

Name und Anschrift der Rehabilitationsklinik/des ambulanten Reha-Zentrums

an den Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit.

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 die Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.

Datum Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters



Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass Sie in den letzten drei Jahren vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) begutachtet wurden, unterschreiben Sie bitte diese Schweigepflichtentbindung. Für Ihre Krankenkasse unterschreiben Sie bitte zusätzlich die nachfolgende Schweigepflichtentbindung ohne Behördenangabe.

Entbindung von der Schweigepflicht für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Erklärung

Ich, _____, , , geb. am _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____,
Straße, PLZ, Ort

befreie hiermit den/die Gutachter/innen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

Anschrift des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

von der ärztlichen 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 die Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.

Datum Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters



Entbindung von der Schweigepflicht für _____

Erklärung

Ich, _____, , , geb. am _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____,
Straße, PLZ, Ort

befreie hiermit _____
Name der Sozialbehörde

Anschrift der Sozialbehörde

von der ärztlichen 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 die Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.

Datum Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters



Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass Sie in den letzten drei Jahren von einer Berufsgenossenschaft / gesetzl. Unfallversicherung begutachtet wurden, unterschreiben Sie bitte diese Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für die Berufsgenossenschaft / gesetzl. Unfallversicherung

Erklärung

Ich, _____, , geb. am _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____,
Straße, PLZ, Ort

befreie hiermit den/die Gutachter/innen der Berufsgenossenschaft / gesetzl. Unfallversicherung

Name und Anschrift der Berufsgenossenschaft / gesetzl. Unfallversicherung

von der ärztlichen 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 die Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.

Datum Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters



Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass Sie in den letzten drei Jahren vom Gesundheitsamt begutachtet wurden, unterschreiben Sie bitte diese Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für die Ärztin / den Arzt des Gesundheitsamtes

Erklärung

Ich, _____, , geb. am _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____,
Straße, PLZ, Ort

befreie hiermit die Ärztin / den Arzt des Gesundheitsamtes

Anschrift des Gesundheitsamtes

von der ärztlichen 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 die Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.

Datum Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters



Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass ein Sozialgerichtsverfahren gegen einen ablehnenden Rentenbescheid läuft, unterschreiben Sie bitte diese Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für das Sozialgericht

Erklärung

Ich, _____, , , geb. am _____

Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____,

Straße, PLZ, Ort

befreie hiermit das Sozialgericht in

Anschrift des Sozialgerichts

von der ärztlichen 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 die Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.

Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters





Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass Sie in den letzten drei Jahren zur Feststellung einer Behinderung oder Schwerbehinderung begutachtet wurden, unterschreiben Sie bitte diese Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für die Ärztin / den Arzt der Behörde, die das Schwerbehindertenrecht bzw. das Soziale Entschädigungsrecht durchführt

Erklärung

Ich, _____, , , geb. am _____

Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____,

Straße, PLZ, Ort

befreie hiermit die Ärztin / den Arzt der nachfolgend genannten. Behörde

Anschrift der Behörde

von der ärztlichen 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 die Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.

Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters