
Name

Anschrift

An das Sozialgericht

Az.: _____

Erklärung

I. Angaben über ärztliche Behandlungen

1.) Welche Ärzte haben Sie seit _____ ambulant behandelt?

Name und Anschrift des Arztes	Fachrichtung	von wann bis wann	wegen
----------------------------------	--------------	-------------------	-------

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____
- f) _____
- g) _____

2.) In welchem Krankenanstalten sind Sie seit _____ stationär behandelt worden?

Name und Anschrift der Krankenanstalt	Abteilung	von wann bis wann	wegen
--	-----------	-------------------	-------

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____
- f) _____
- g) _____

II. Angaben über Krankheitsbefunde

1.) Sind Sie bereits in einem anderen Verfahren ärztlich untersucht worden?

Wenn ja: Bearbeitende Stelle und Aktenzeichen

a) Unfallversicherung am:
Berufsgenossenschaft:

b) Rentenversicherung am:
Versicherungsanstalt:

c) Arbeitslosenversicherung am:
Arbeitsamt:

d) Kriegsopferversorgung am:
Versorgungsamt:

e) Anerkennung nach dem Schwerbehindertengesetz am:
Versorgungsamt:

f) am:
Versicherungsträger:

III. Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die vom Gericht zur Beurteilung meiner gesundheitlichen Verhältnisse für erforderlich gehaltenen Unterlagen (z.B. Krankengeschichten, Untersuchungsergebnisse, Röntgenaufnahme, Befunds- und Behandlungsberichte) beigezogen werden.

Deshalb entbinde ich die vorstehend aufgeführten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Ich stimme zu, diese Unterlagen im Verfahren zu verwerten.

Datum , Ort

Unterschrift