Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Wohnort	

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

1. **Einwilligung der Antragstellerin/des Antragstellers**

Ich bin damit einverstanden, dass der zuständige Grundsicherungsträger von den Ärztinnen und Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärztinnen und Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte – stattgefunden haben, werde ich meinem Grundsicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass in den Fällen der Rückgriffverfahren nach §§ 116/119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Grundsicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

2. Information der Antragstellerin/des Antragstellers

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir Daten, die wir im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von Ihnen beantragten Leistung erhalten haben, an einen anderen Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse, Arbeitsamt, Amt für soziale Angelegenheiten, Berufsgenossenschaft oder Rentenversicherungsträger) oder für eigene Aufgaben an einen sonstigen Dritten (beispielsweise eine andere Gutachterin oder einen anderen Gutachter) weitergeben dürfen, falls dies erforderlich ist. Das ergibt sich aus § 76 in Verbindung mit § 69 SGB X. Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit und ohne Angaben von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB I).

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift der Antrag-stellerin/des Antragstellers

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers – nicht die der oder des eventuellen Bevollmächtigten – erforderlich.