

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich

dass ich Ärzte und sonstige Therapeuten, die mich im Zusammenhang mit dem Ereignis

vom

behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen **Schweigepflicht** gegenüber den mit der Regulierung befassten Versicherern, ferner gegenüber der **Rechtsanwaltskanzlei Arden & Voss GbR, Reitbahn 4, 47533 Kleve**, sowie im Streitfall den zuständigen Gerichten, **entbinde** .

Ich stimme der Heranziehung und der Einsichtnahme in über mich geführte medizinische Unterlagen (z. B. Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsberichte, Kurberichte, Röntgenbilder) durch das Gericht und die von ihm beauftragten medizinischen Sachverständigen zu. Ich bin mit der Beiziehung der Streitakten aus laufenden und abgeschlossenen Verfahren vor den Sozialgerichten wie auch mit der Beiziehung von Akten anderer Gerichte, Behörden und Sozialversicherungsträger einverstanden. Dies gilt insbesondere für die Verwaltungsvorgänge der zuständigen Krankenkasse, des zuständigen Unfallversicherungsträgers (Berufsgenossenschaft), des zuständigen Landschaftsverbandes, Kreises oder der zuständigen Stadt, des zuständigen Rentenversicherungsträgers, der zuständigen Agentur für Arbeit / des zuständigen Jobcenters Insoweit entbinde ich auch die vorgenannten Stellen von ihren sozialrechtlichen und sonstigen Geheimhaltungspflichten.

Ort/Datum:

.....

(Unterschrift)