

433/GZ

Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass das Landratsamt Ludwigsburg von:

<u>Arzt/Zahnarzt/Therapeut bzw. Krankenhaus/Kuranstalt/Heilstätte</u> (genaue Anschrift – wenn mögl. bitte auch Name des <u>behandelnden</u> Arztes; wenn Name nicht mehr erinnerlich ist, bitte z.B. folgende Formulierung wählen: „allen Ärzten der Praxis)	
wegen der Gesundheitsstörung/en	behandelt in der Zeit vom ... bis ...

Befundberichte, Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder bezieht, sofern und soweit die beigefügten Unterlagen nicht ausreichend sind.

Ich entbinde diese Person/en insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Name, Vorname

Datum

Unterschrift/gesetzl. Vertreter

✂-----

433/GZ

Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass das Landratsamt Ludwigsburg von:

<u>Arzt/Zahnarzt/Therapeut bzw. Krankenhaus/Kuranstalt/Heilstätte</u> (genaue Anschrift – wenn mögl. bitte auch Name des <u>behandelnden</u> Arztes; wenn Name nicht mehr erinnerlich ist, bitte z.B. folgende Formulierung wählen: „allen Ärzten der Praxis)	
wegen der Gesundheitsstörung/en	behandelt in der Zeit vom ... bis ...

Befundberichte, Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder bezieht, sofern und soweit die beigefügten Unterlagen nicht ausreichend sind.

Ich entbinde diese Person/en insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Name, Vorname

Datum

Unterschrift/gesetzl. Vertreter

✂-----

433/GZ

Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass das Landratsamt Ludwigsburg von:

<u>Arzt/Zahnarzt/Therapeut bzw. Krankenhaus/Kuranstalt/Heilstätte</u> (genaue Anschrift – wenn mögl. bitte auch Name des <u>behandelnden</u> Arztes; wenn Name nicht mehr erinnerlich ist, bitte z.B. folgende Formulierung wählen: „allen Ärzten der Praxis)	
wegen der Gesundheitsstörung/en	behandelt in der Zeit vom ... bis ...

Befundberichte, Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder bezieht, sofern und soweit die beigefügten Unterlagen nicht ausreichend sind.

Ich entbinde diese Person/en insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Name, Vorname

Datum

Unterschrift/gesetzl. Vertreter

Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass das Landratsamt Ludwigsburg von:

Arzt/Zahnarzt/Therapeut bzw. Krankenhaus/Kuranstalt/Heilstätte (genaue Anschrift – wenn mögl. bitte auch Name des <u>behandelnden</u> Arztes; wenn Name nicht mehr erinnerlich ist, bitte z.B. folgende Formulierung wählen: „allen Ärzten der Praxis“)	
wegen der Gesundheitsstörung/en	behandelt in der Zeit vom ... bis ...

Befundberichte, Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder bezieht, sofern und soweit die beigelegten Unterlagen nicht ausreichend sind.

Ich entbinde diese Person/en insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Name, Vorname

Datum

Unterschrift/gesetzl. Vertreter

✂-----

433/GZ

Einverständnis mit Schweigepflichtentbindungserklärung zur Beiziehung von Aktenvorgängen und Untersuchungsunterlagen

Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Landratsamt von folgenden <ul style="list-style-type: none"> Trägern der Sozialversicherung (z.B. Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung) anderen Stellen:
Aktenvorgänge einschließlich Untersuchungsunterlagen bezieht. Die in diesen Verfahren beteiligten Ärzte entbinde ich insoweit ausdrücklich von der Schweigepflicht. <i>Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass eine Übermittlung von Sozialdaten, die Ihre gesundheitlichen Verhältnisse betreffen an andere Sozialleistungsträger oder vom Landratsamt/Versorgungsamt beauftragte Außengutachter auch ohne Ihr Einverständnis möglich ist, sofern die Sozialdaten für eine Aufgabenerfüllung im Rahmen des Sozialgesetzbuches erforderlich sind. Dies gilt auch für eine Übermittlung an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit. Wir machen Sie weiterhin darauf aufmerksam, dass Sie dieser Übermittlung widersprechen können (§ 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch).</i>

Name, Vorname

Datum

Unterschrift/gesetzl. Vertreter