



## Erklärung

- Bitte unterschrieben zurücksenden -

Sozialgericht Münster  
Geschäftsstelle  
Postfach 7120  
48038 Münster

-

In dem Verfahren entbinde ich die Ärzte/Psychotherapeuten, bei denen ich in Behandlung bin oder früher in Behandlung oder zur Untersuchung war, von ihrer Schweigepflicht.

Ich stimme der Heranziehung und der Einsichtnahme in über mich geführte medizinische Unterlagen (z. B. Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, 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 Versorgungsamtes
- des zuständigen Rentenversicherungsträgers (z.B. LVA, BfA)
- der zuständigen Agentur für Arbeit

Insoweit entbinde ich auch die vorgenannten Stellen von ihren sozialrechtlichen und sonstigen Geheimhaltungspflichten.

---

(Ort, Datum und Unterschrift)

Hinweis: Anlagen bitte sorgfältig ausfüllen und hierbei neben der vollständigen Adresse der angegebenen Ärzte (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) auch die Fachrichtung angeben (z.B. Orthopäde, Internist, Allgemein-Mediziner).