

**Aktenzeichen**

Bitte lassen Sie dieses Formular ausfüllen und senden es wieder an das Gericht zurück.

**Übersicht über die derzeit behandelnden Ärzte**

Name und Anschrift des Arztes oder des Krankenhauses	Fachgebiet	Zeitraum der Behandlung (von ... bis ...)

**Übersicht über die Berufsausbildung**

Haben Sie einen Beruf erlernt? .....

Wenn ja:

Art der Berufsausbildung	Zeitraum der Ausbildung

### Übersicht über die berufliche Tätigkeit

Art der beruflichen Tätigkeit	Zeitraum	Grund der Aufgabe

Name und Anschrift des letzten Arbeitgebers:

.....  
.....  
.....

### Übersicht über den Erhalt von Sozialleistungen

Beziehen Sie seit Antragstellung Sozialleistungen (Krankengeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Verletzengeld, Verletztenrente, Sozialhilfe)? .....

Wenn ja:

Art der Leistung	Zeitraum

### Übersicht über die für Sie zuständigen Krankenkassen

Name und Anschrift der Krankenkasse	Zeitraum

### Übersicht über sonstige Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren

Liefen oder laufen derzeit weitere Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren wegen der Gewährung von Sozialleistungen? .....

Wenn ja:

Versicherungsträger oder Gericht	Zeitraum

**Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich entbinde in diesem Rechtsstreit für alle Rechtszüge der Sozialgerichtsbarkeit

- die Ärzte, die mich untersucht und behandelt haben oder im Laufe des Verfahrens untersuchen oder behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht und
- alle Leistungsträger von ihrer Geheimhaltungspflicht, soweit im Einzelfall eine Auskunft einzuholen ist oder Akten beigezogen werden müssen.

Ich bin damit einverstanden, dass

- die Beklagte von den im Laufe des Verfahrens eingeholten ärztlichen Unterlagen Kenntnis erlangt und
- gerichtliche und behördliche Akten sowie Versicherungs- und Versorgungsakten auch dann beigezogen werden, wenn in Ihnen ärztliche Äußerungen enthalten sind.

**Sonstiges**

Benötigen Sie einen Dolmetscher? .....

Wenn ja: Für welche Sprache? .....

Staatsangehörigkeit:

erlernter Beruf:

ausübende Tätigkeit:

Ihr Geburtsdatum:

.....  
**Ort, Datum, Unterschrift, Telefonnummer**