

Formular Medizinische Behandlungen und Befunde

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden!

Name und Anschrift des Klägers:

Beklagte:

Aktenzeichen des Gerichts (sofern bereits bekannt)

Medizinische Behandlungen und Befunde

1. Welche Ärzte haben Sie ambulant behandelt?

Name und Anschrift des Arztes: Fachrichtung: von wann bis wann: wegen:

a)

b)

c)

d)

e)

f)

g)

h)

i)

2. In welchen Krankenanstalten sind Sie stationär behandelt worden?

Name und Anschrift der Krankenanstalt: Abteilung: von wann bis wann: wegen:

a)

b)

c)

d)

e)

f)

g)

h)

II. Angaben über Krankheitsbefunde

Sind Sie bereits in einem anderen Verfahren ärztlich untersucht worden? Wenn ja:

Bearbeitende Stelle und Aktenzeichen

a) Unfallversicherung am:

Berufsgenossenschaft:

b) Rentenversicherung am:

Versicherungsanstalt:

c) Arbeitslosenversicherung am:

Arbeitsamt:

d) Kriegsopferversorgung am:

Versorgungsamt:

e) Anerkennung nach dem Schwerbehindertengesetz am:

Versorgungsamt:

f) am:

Versicherungsträger:

III. Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die vom Gericht zur Beurteilung meiner gesundheitlichen Verhältnisse für erforderlich gehaltenen Unterlagen (z.B. Krankengeschichten, Untersuchungsergebnisse, Röntgenaufnahmen, Befundberichte) beigezogen werden.

Deshalb entbinde ich die vorstehend aufgeführten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Ich stimme zu, diese Unterlagen im Verfahren zu verwerten.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)