



## Erklärung

- Bitte unterschrieben zurücksenden -

Sozialgericht Köln  
Geschäftsstelle  
Postfach 103152  
50471 Köln

Frau  
Rechtsanwältin  
Christine Brinkmann  
Aachener Straße 197-199  
50931 Köln

Unser Zeichen:

In dem Verfahren entbinde ich die Ärzte und sonstige Therapeuten (z. B. Psychotherapeuten), bei denen ich in Behandlung bin oder früher in Behandlung oder zur Untersuchung war und die ich im Fragebogen über ärztliche Behandlungen und Untersuchungen angegeben habe, 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 Landschaftsverbandes, Kreises oder der zuständigen Stadt
- des zuständigen Rentenversicherungsträgers (z.B. DRV [früher: LVA, BfA])
- der zuständigen Agentur für Arbeit / des zuständigen Jobcenters

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).

**Nichtzutreffendes kann gestrichen werden!**

# Fragebogen über ärztliche Behandlungen und Untersuchungen

## I. Ärzte, von denen ich ambulant behandelt worden bin

1.	Name des Arztes / der Ärztin		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Fachrichtung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:
2.	Name des Arztes / der Ärztin		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Fachrichtung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:
3.	Name des Arztes / der Ärztin		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Fachrichtung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:
4.	Name des Arztes / der Ärztin		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Fachrichtung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:
5.	Name des Arztes / der Ärztin		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Fachrichtung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:
6.	Name des Arztes / der Ärztin		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Fachrichtung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:
7.	Name des Arztes / der Ärztin		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Fachrichtung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:

<b>II. Krankenanstalten, in denen ich stationär behandelt worden bin</b>		
1.	Name der Krankenanstalt	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von:
2.	Name der Krankenanstalt	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von:
3.	Name der Krankenanstalt	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von:
4.	Name der Krankenanstalt	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von:
5.	Name der Krankenanstalt	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von:
6.	Name der Krankenanstalt	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von:

<b>III. Andere Verfahren, in denen ich ärztlich untersucht worden bin</b>		
1.	Veranlassende Behörde *)	
	Aktenzeichen der Behörde	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>
2.	Veranlassende Behörde *)	
	Aktenzeichen der Behörde	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>
3.	Veranlassende Behörde *)	
	Aktenzeichen der Behörde	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>
4.	Veranlassende Behörde *)	
	Aktenzeichen der Behörde	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>
5.	Veranlassende Behörde *)	
	Aktenzeichen der Behörde	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>

\*) Behörde bzw. Versicherungsanstalt (z.B. Unfall-, Kranken-, Pflege-, Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft), welche die Untersuchung veranlasst hat.