



3

**Bundesagentur für Arbeit**

Regress-Schweigepflichtentbindung

Angaben zur geschädigten Person

1 Kundennummer

2 Vorname

3 Nachname

4 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

5 Straße

6 Hausnummer

7 Postleitzahl

8 Wohnort

Erklärungen

Den Unfall/Das Schadensereignis habe ich im Unfallfragebogen dargelegt. Auf diese Angaben nehme ich hiermit Bezug.

9 Datum des Unfallfragebogens (TT.MM.JJJJ)

1) Schweigepflichtentbindung gegenüber Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern/Kliniken

Ich entbinde alle Ärztinnen/Ärzte, Krankenhäuser beziehungsweise Kliniken, die mich im Zusammenhang mit dem genannten Unfall/Schadensereignis behandelt oder begutachtet haben und haben werden, von der Schweigepflicht.

Die Schweigepflichtentbindung erfolgt zu dem Zweck, dass die Bundesagentur für Arbeit mögliche Schadensersatzforderungen gegen Dritte nach § 116 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) prüfen und gegebenenfalls durchsetzen kann. Dazu ist die Bundesagentur für Arbeit gesetzlich verpflichtet.

Mir ist bekannt, dass die Bundesagentur für Arbeit meine Gesundheitsdaten nur in dem Umfang erhebt, der für Prüfung und gegebenenfalls Durchsetzung des Anspruches erforderlich ist. Es handelt sich hier insbesondere um die nachfolgend aufgelisteten Ärztinnen/Ärzte, Krankenhäuser beziehungsweise Kliniken:

Angaben zur ersten Ärztin/zum ersten Arzt/zur ersten Klinik

10 Name der Ärztin/des Arztes/der Klinik

11 Straße

12 Hausnummer

13 Postleitzahl

14 Ort



S1

Angaben zur zweiten Ärztin/zum zweiten Arzt/zur zweiten Klinik

15 Name der Ärztin/des Arztes/der Klinik

16 Straße

17 Hausnummer

18 Postleitzahl

19 Ort

Angaben zur dritten Ärztin/zum dritten Arzt/zur dritten Klinik

20 Name der Ärztin/des Arztes/der Klinik

21 Straße

22 Hausnummer

23 Postleitzahl

24 Ort

Angaben zur vierten Ärztin/zum vierten Arzt/zur vierten Klinik

25 Name der Ärztin/des Arztes/der Klinik

26 Straße

27 Hausnummer

28 Postleitzahl

29 Ort

Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Krankengeschichten, Gutachten oder ähnliche Unterlagen der Bundesagentur für Arbeit im verschlossenen Umschlag zur Verfügung gestellt werden. Dies gilt auch für künftige Unterlagen, soweit sie mit dem unter Ziffer 9 genannten Unfall/Schadensereignis in Zusammenhang stehen können und deren Kenntnis für die Geltendmachung eines Schadensersatzanspruches gemäß § 116 SGB X erforderlich ist.

Ich bin auch damit einverstanden, dass oben genannte Unterlagen der regressbearbeitenden Stelle zugänglich gemacht werden, sofern dies für die Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen erforderlich ist.

Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Mir ist bekannt, dass ich die erforderlichen Daten auch selbst beibringen kann. Soweit ich nicht widerrufe, gilt diese Erklärung nur so lange, wie sie für die Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen erforderlich ist.

Diese Erklärung ist auf die Dauer des Regressverfahrens beschränkt. Mit Abschluss des Regressverfahrens verliert die Erklärung automatisch ihre Gültigkeit.

30 Ort

31 Datum

32 Unterschrift der geschädigten Person beziehungsweise
der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters

S2

2) Einsichtnahme bei der gegnerischen Versicherung

Ich gestatte dem Träger der Leistungen die Einsichtnahme in sämtliche den Unfall/das Schadensereignis betreffende ärztliche Gutachten, die sich in den Akten der gegnerischen Versicherung befinden.

33 Name der gegnerischen Versicherung

34 Straße

35 Hausnummer

36 Postleitzahl

37 Ort

Ich bin auch damit einverstanden, dass oben genannte Unterlagen der regressbearbeitenden Stelle zugänglich gemacht werden, sofern dies für die Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen erforderlich ist.

Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Mir ist bekannt, dass ich die erforderlichen Daten auch selbst beibringen kann. Soweit ich nicht widerrufe, gilt diese Erklärung nur so lange, wie sie für die Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen erforderlich ist.

Diese Erklärung ist auf die Dauer des Regressverfahrens beschränkt. Mit Abschluss des Regressverfahrens verliert die Erklärung automatisch ihre Gültigkeit.

38 Ort

39 Datum

40 Unterschrift der geschädigten Person beziehungsweise
der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters

3) Übermittlung an die gegnerische Versicherung

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen meiner unfallbedingten Rehabilitation erstellten Gutachten, soweit dies zur Geltendmachung der auf den Träger der Leistungen gemäß § 116 SGB X übergegangenen Schadensersatzansprüche notwendig ist, der gegnerischen Versicherung zum Nachweis der Unfallbedingtheit übersandt werden.

Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Mir ist bekannt, dass ich die erforderlichen Daten auch selbst beibringen kann. Soweit ich nicht widerrufe, gilt diese Erklärung nur so lange, wie sie für die Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen erforderlich ist.

Diese Erklärung ist auf die Dauer des Regressverfahrens beschränkt. Mit Abschluss des Regressverfahrens verliert die Erklärung automatisch ihre Gültigkeit.

41 Ort

42 Datum

43 Unterschrift der geschädigten Person beziehungsweise
der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters



S3