

## Einwilligung in die Übermittlung von Daten an das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) und Entbindung von der Schweigepflicht im Verfahren nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG)

Vor- und Zuname		Aktenzeichen:
Anschrift		

### Einverständniserklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigefügten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, wird die zuständige Behörde den Sachverhalt von Amts wegen aufklären. Ich erkläre mich daher insbesondere mit der Beziehung folgender Unterlagen einverstanden:

- polizeiliche Unterlagen, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Jugendamtsakten, Schülerakten,
- erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Krankenunterlagen, Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärzten, Psychologen, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten, Sozialleistungsträgern und sonstigen Leistungserbringern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern beigezogen werden – auch soweit sie von anderen Ärzten /Ärztinnen oder Stellen erstellt worden sind – allerdings nur in dem Umfang, wie sie Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände sowie etwaige Versorgungsansprüche geben können.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren, für ein sich ggf. anschließendes Überprüfungs-/Widerspruchsverfahren sowie für das Verfahren zur Durchsetzung der auf das Land übergegangenen Schadensersatzansprüche. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

**Keine** Auskünfte dürfen eingeholt werden bei: \_\_\_\_\_

Folgende Unterlagen dürfen **nicht** eingeholt werden: \_\_\_\_\_

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für nachbenannte Ärzte und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen soweit dies erforderlich ist (§§ 24, 37 SGB I, § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Einwilligung in die Übermittlung von Daten an das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) und Entbindung von der Schweigepflicht im Verfahren nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG)

Vor- und Zuname		Aktenzeichen:
Anschrift		

### Einverständniserklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigefügten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, wird die zuständige Behörde den Sachverhalt von Amts wegen aufklären. Ich erkläre mich daher insbesondere mit der Beziehung folgender Unterlagen einverstanden:

- polizeiliche Unterlagen, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Jugendamtsakten, Schülerakten,
- erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Krankenunterlagen, Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärzten, Psychologen, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten, Sozialleistungsträgern und sonstigen Leistungserbringern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern beigezogen werden – auch soweit sie von anderen Ärzten /Ärztinnen oder Stellen erstellt worden sind – allerdings nur in dem Umfang, wie sie Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände sowie etwaige Versorgungsansprüche geben können.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren, für ein sich ggf. anschließendes Überprüfungs-/Widerspruchsverfahren sowie für das Verfahren zur Durchsetzung der auf das Land übergegangenen Schadensersatzansprüche. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

**Keine** Auskünfte dürfen eingeholt werden bei: \_\_\_\_\_

Folgende Unterlagen dürfen **nicht** eingeholt werden: \_\_\_\_\_

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für nachbenannte Ärzte und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen soweit dies erforderlich ist (§§ 24, 37 SGB I, § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_