

***Schweigepflichtentbindung für einen Beschwerdeverfahren***

Ich \_\_\_\_\_

wohnhaft \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

willige ein, dass im Rahmen der beim Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe eingegangenen Beschwerden Erkenntnisse und Sozialdaten, die im Zusammenhang mit der Bearbeitung dieser Beschwerde stehen und deren Einsichtnahme erforderlich ist, an

Herrn/Frau \_\_\_\_\_

wohnhaft \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

weitergegeben bzw. offenbart werden.

Insofern entbinde ich auch die Gutachter respektive die Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe in dieser Angelegenheit von ihrer Schweigepflicht.

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

***Widerruf:***

Mit ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

***Begriffsbestimmung „Sozialdaten“:***

Sozialdaten sind alle personenbezogenen Daten, Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse, die vom Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe im Hinblick auf seine Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.