

Absender:

Bitte unterschrieben zurück:

An die Geschäftsstelle des  
Sozialgerichts Oldenburg  
Schloßwall 16  
26122 Oldenburg

Aktenzeichen: S

## **Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht Erklärung**

in dem Rechtsstreit

./.

bin ich damit einverstanden, dass die vom Sozialgericht Oldenburg zur Aufklärung des Sachverhalts für erforderlich gehaltenen Unterlagen (z.B. Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde und Röntgenaufnahmen) beigezogen werden.

Ich entbinde die behandelnden Ärzte, auch diejenigen, bei denen früher Behandlungen stattgefunden haben, von ihrer Schweigepflicht und stimme zu, dass diese Unterlagen im Verfahren verwertet werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
eigenhändige Unterschrift bzw. des gesetzlichen Vertreters