

Hiermit entbinde ich,

Geburtsdatum:

Name, Vorname:

gesetzlicher Vertreter:

Anschrift: PLZ, Ort:

Haftpflichtversicherung:

**alle mich behandelnden Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter, (Sozial-)
Versicherungsträger und Behörden aller Art einschließlich der Amtsärzte**

in der Angelegenheit:

MOMEN+FRANZ, Friedrichstraße 69, 52070 Aachen

Sachbearbeiter:

sowie den Gerichten, (Sozial-) Versicherungen, Behörden und Personen, die mit der Bearbeitung meiner Angelegenheit befasst sind. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass MOMEN+FRANZ oder eine der mit meiner Angelegenheit befassten Stellen

- alle mich betreffenden Krankenunterlagen (Krankenblätter, Krankengeschichten, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten, etc.)
- Akten von Gerichten, Behörden und Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde oder Beurteilungen befinden können,
- Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten und Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung bin oder war

in Kopie gegen angemessene Kostenerstattung anfordert und sonstige Auskünfte einholt.

Behandlung / Arzt:

**Mit der Nutzung und Verarbeitung meiner Sozialdaten zum Zwecke der Wahrnehmung meiner Rechte bin ich einverstanden.
Ich bin darauf hingewiesen worden, dass dies ohne meine Einwilligung gem. § 67 b SGB X unzulässig wäre.**

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift RA /RAin