

Gutachtenanforderung und Entbindung von der Schweigepflicht

An:
Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg
Zentrale Dienste
Lise-Meitner-Straße 1
10589 Berlin

Hiermit beantrage ich die Übersendung meines Gutachtens/ meiner gutachterlichen Stellungnahme, welches/ welche durch den Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg erstellt wurde und entbinde diesen diesbezüglich von seiner Schweigepflicht bzw. von der sozialrechtlichen Geheimhaltungsverpflichtung.

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Versicherungsnummer	
Anschrift	
Begutachtungsdatum	
Begutachtungsanlass (z.B. Pflege, Arbeitsunfähigkeit, Hilfsmittel, etc.)	

- Ich bitte um Übersendung an die oben angegebene Adresse.
 Ich bitte um Übersendung an meine bevollmächtigte Person.

Als bevollmächtigte Person gebe ich an:

Name/ Vorname	
Anschrift	

Ort / Datum

(Unterschrift Versicherte/r)

Datenschutz

Zum Datenschutz verweisen wir auf die Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG), sowie auf die neue Fassung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), gültig ab 25.Mai 2018.

Weitere Informationen zu Ihren Daten und Rechten erhalten Sie unter **Datenschutz** auf unserer Homepage www.md-bb.org