

VOLLMACHT UND ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPLICHT

Hiermit erteile ich

Herrn Rentenberater
Tibor Jockusch und / oder, getrennt oder gemeinsam
mit Frau Sabine Drescher
Austraße 65, Ecke Paradiesstr.
73230 Kirchheim-Teck

Vollmacht zur Vertretung bis auf Widerruf. Die Vollmacht umfasst die Vertretung im Verwaltungsverfahren, Vorverfahren, Widerspruchsverfahren, Klageverfahren, das Verhandeln, die Abgabe und die Entgegennahme von Erklärungen, Bescheiden und sonstigen Rechtsmitteln, die Prozessführung, die Entgegennahme von Sozialdaten sowie Akten und Unterlagen jeder Art.

- Der Schriftwechsel soll nur mit meinem Bevollmächtigten erfolgen (§ 13, Abs. 3, SGB X). Gerichtsstand und Erfüllungsort ist der Sitz des Bevollmächtigten.

Auf das Urteil des BFH vom 25.10.63 III 7/60 U wird verwiesen. Danach beginnt die Rechtsmittelfrist nicht zu laufen, wenn nicht an den Bevollmächtigten zugestellt wird.

Außerdem entbinde ich die behandelnden Ärzte, Therapeuten und Gutachter, bei denen ich in Behandlung war, bin oder bis zum Abschluss des Verfahrens sein werde, von jeder Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass alle Aufzeichnungen, wie z.B. Krankenblätter, Krankengeschichten, Befunde, Arztberichte, Röntgenbilder, Hirnstromkurven usw. an Herrn Jockusch ausgehändigt werden dürfen. Diese Entbindung kann ich jederzeit widerrufen.

Die Vollmacht / Zustellungsvollmacht / Entbindung gilt bis zum Widerruf durch den Vollmachtgeber oder den Vollmachtnehmer.

Die Vollmacht / Zustellungsvollmacht / Entbindung gilt über meinen Tod hinaus für alle im Todeszeitpunkt laufenden oder ggf. ruhenden Verfahren und für neu zu beginnende Verfahren in derselben Sache (z.B. neu beginnendes Klageverfahren nach abgeschlossenem Widerspruchsverfahren).

Versicherungsnummer/AZ. /Geschäfts-Nr.

Geburtsdatum, Geburtsort

Name, Anschrift, Straße, Postleitzahl, Ort

Ort, Datum

Unterschrift