



3 K4000 04806

Agentur für Arbeit Bielefeld
910
Werner-Bock-Str. 8
33602 Bielefeld



Deutsche Post
FR 08.10.25 0,95

1D 2000 047A
00 0553 ED40

Agentur für Arbeit Bielefeld, Werner-Bock-Str. 8, 33602 Bielefeld

09. Okt. 2025

Herr
Stephan Epp
Viktoriastr. 10
33602 Bielefeld



Bundesagentur für Arbeit

Agentur für Arbeit Bielefeld

Agentur für Arbeit Bielefeld, Werner-Bock-Str. 8, 33602 Bielefeld

Ihr Zeichen:

Ihre Nachricht:

Mein Zeichen: 910 / BGL: 317-0096530

(Bei jeder Antwort bitte angeben)

Herr
Stephan Epp
Viktoriastr. 10
33602 Bielefeld

Name: Frau Stefanie Alers
Durchwahl: 0521 587 1141
E-Mail: Bielefeld.AeD@arbeitsagentur.de

Datum: 07. Oktober 2025



Sozialmedizinische gutachterliche Stellungnahme durch den Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit, Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Sehr geehrter Herr Epp,

vom Jobcenter Bielefeld liegt dem Ärztlichen Dienst ein Auftrag zur ärztlichen Begutachtung vor.

Ihren Gesundheitsfragebogen habe ich erhalten. Bei Durchsicht der Schweigepflichtsentbindungen habe ich festgestellt, dass diese in der vorliegenden Form nicht verwertbar/nicht vollständig sind.

Ich bitte um folgende Ergänzung/Änderung an den markierten Stellen bzw. den Vordruck/die Vordrucke vollständig auszufüllen, zu unterschreiben und zeitnah im Original an den

Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit Bielefeld, Werner-Bock-Str. 8 in 33602 Bielefeld zurück zu senden.

Vielen Dank im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen
im Auftrag

Postanschrift
Agentur für Arbeit Bielefeld
Werner-Bock-Str. 8
33602 Bielefeld

Besucheradresse
Werner-Bock-Str. 8
33602 Bielefeld

Bankverbindung
BA-Service-Haus
Bundesbank
IBAN:
DE50 7600 0000 0076 0016 17
BIC:
MARKDEF1760
Internet: www.arbeitsagentur.de

Öffnungszeiten
Mo: 08.00-12.00
Di: 08.00-12.00
Mi: 08.00-12.00
Do: 08.00-12.00
Fr: 08.00-12.00

96530



Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ eine Ärztin/einen Arzt oder mehrere behandelnde Ärztinnen/Ärzte einge-tragen haben, unterschreiben Sie bitte für jede Ärztin/jeden Arzt eine Schweigepflichtentbindung.

**Entbindung von der Schweigepflicht für die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt /
oder die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten**

Erklärung

Ich,

Epp, Stephan, geb. am 29.08.1986

Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in

Viktoriastr. 10, 33602 Bielefeld, Deutschland

Straße, PLZ, Ort

befreie hiermit **Martin v. Erdmann, Reichowplatz 14, 33689 Bielefeld**

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes / Psychotherapeutin /Psychotherapeut

Straße, PLZ, Ort

von der ärztlichen/psychotherapeutischen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen, Untersuchungsergeb-nisse, Krankenauslassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen der Ärztin / dem Arzt der Agentur für Arbeit im verschlossenen Umschlag zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden, soweit dies für die Feststellung meiner gesundheitlichen Voraussetzungen innerhalb der Inanspruchnahme von Sozialleistungen (Dienst-, Sach- und Geldleistungen) erforderlich ist. Die medizi-nischen Unterlagen dürfen ohne Begründung (z.B. Berufskrankheit, Unfall; festgestellte Behinderung o. ä.) nicht älter als 4 Jahre sein. Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei fehlender Mitwirkung können die Sozialleistungen jedoch unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Diese Erklärung gilt für die Dauer von 3 Jahren ab dem Datum der Unterzeichnung.



Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. der gesetzlichen Vertreter

Agentur für Arbeit
910
Werner-Bock-Str. 8
33602 Bielefeld