



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

### 3 Antragstellung durch andere Personen

**Vollmacht oder Beschluss des  
Gerichts bitte beifügen**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)			
in der Eigenschaft als			
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Vormund	<input type="checkbox"/> Betreuer	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort	Telefax (Angabe freiwillig)	
E-Mail (Angabe freiwillig)			

### 4 Berufsausbildung der Antragstellerin / des Antragstellers

**Beweismittel bitte beifügen**

<b>4.1</b> Wurde eine Berufsausbildung absolviert (zum Beispiel Ausbildungsberuf, Fachschulstudium, Fachhochschulstudium, Hochschulstudium)?
vom - bis
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
erlernter Beruf
Prüfung bestanden
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
vom - bis
erlernter Beruf
Prüfung bestanden
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>4.2</b> Wurde eine <b>Umschulung</b> durchgeführt?
vom - bis
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Umschulungsberuf
Kostenträger
Aktenzeichen
erfolgreich beendet
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

**Beweismittel bitte beifügen**

**4.3** Wurden weitere **Qualifikationen** absolviert (zum Beispiel Refaprüfung, Meisterprüfung, Polierprüfung)?  
vom - bis

nein     ja

\_\_\_\_\_

Art der Ausbildung

\_\_\_\_\_

erfolgreich beendet

nein     ja

---

**4.4** Bestand ein **Anlernverhältnis**?  
vom - bis

nein     ja

\_\_\_\_\_

angelernter Beruf

\_\_\_\_\_

erfolgreich beendet

nein     ja

**5 Beschäftigungsübersicht** (gegebenenfalls Ergänzungsblatt R0211 verwenden)  
Ein Verweis auf den Versicherungsverlauf genügt nicht.

Zeitraum vom - bis	genaue Bezeichnung der Beschäftigung oder Tätigkeit (zum Beispiel nicht kaufmännischer Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter)	Bezeichnung des Tarifvertrages Gehaltsgruppe / Lohngruppe	aufgegeben wegen (zum Beispiel Krankheit, Kündigung)

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

## 6 Selbständige Erwerbstätigkeit

### 6.1 Üben Sie noch eine selbständige Erwerbstätigkeit aus?

Datum und Grund der Aufgabe (zum Beispiel Löschung in der Handwerksrolle, Abmeldung beim Gewerbeamt - bitte nachweisen)

nein

- ja
- im eigenen gewerblichen Betrieb beziehungsweise im Betrieb eines Familienangehörigen
  - im eigenen landwirtschaftlichen Betrieb beziehungsweise im landwirtschaftlichen Betrieb eines Familienangehörigen
  - im sonstigen freien Beruf

Art und Umfang der Tätigkeit

gegebenenfalls Verwandtschaftsverhältnis

Größe des landwirtschaftlichen Betriebes in Hektar

### 6.2 Sind Sie Eigentümer oder Gesellschafter eines Unternehmens (Betrieb, Geschäft oder Ähnliches) oder sonst freiberuflich tätig?

nein  ja

## 7 Angaben von Arbeitsuchenden

(wenn zurzeit weder eine Beschäftigung noch eine selbständige Tätigkeit ausgeübt wird)

### 7.1 Sind Sie bei der Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter gemeldet?

seit

nein  ja

bei

Kundennummer / Aktenzeichen

das Arbeitsgesuch / Vermittlungsgesuch bezieht sich auf folgende Berufstätigkeiten:

## 8 Begründung des Rentenanspruchs

### 8.1 Seit wann und wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsgemindert?

seit

wegen

**Hinweis:** Damit wir uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihren Gesundheitsstörungen machen können, haben Sie die Möglichkeit, Ihre persönliche Einschätzung in dem **Vordruck R0215** einzubringen.

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

<b>8.2</b> Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten? Art _____ Umfang - wie viele Stunden täglich _____
<b>8.3</b> Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank? seit _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Name und Anschrift der Krankenkasse / Verwaltungsstelle _____
<b>8.4</b> Sind die Gesundheitsstörungen verursacht worden durch Unfall, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung, Gewahrsam im Sinne des Gesetzes über Hilfsmaßnahmen für Personen, die aus politischen Gründen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in Gewahrsam genommen wurden - Häftlingshilfegesetz (HHG) -? durch _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ anerkannt von welcher Stelle _____ Aktenzeichen _____

**9 Ärztliche Behandlung** (gegebenenfalls Ergänzungsblatt R0211 verwenden)

<b>9.1</b> Bei wem waren Sie in der letzten Zeit in <b>ambulanter</b> ärztlicher Behandlung? <b>Hausarzt (Name, Vorname)</b> _____
genaue Anschrift _____
Telefonnummer _____
Behandlung wegen _____
vom - bis _____
<b>Arzt (Name, Vorname)</b> _____
genaue Anschrift _____
Telefonnummer _____
Behandlung wegen _____
vom - bis _____

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

noch Ziffer 9.1

<b>Arzt (Name, Vorname)</b>
genaue Anschrift
Telefonnummer
Behandlung wegen
vom - bis
<b>9.2</b> Waren Sie in den letzten Jahren in <b>stationärer</b> Krankenhausbehandlung? Name des Krankenhauses
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
genaue Anschrift
Abteilung, Station
Behandlung wegen
vom - bis

## 10 Ärztliche Untersuchungen

Wurden ärztliche Untersuchungen in den letzten Jahren durchgeführt?
<b>10.1</b> vom <b>Medizinischen Dienst der Krankenkassen</b> im Auftrag der Krankenkasse oder Pflegekasse Name der Krankenkasse oder der Pflegekasse
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Aktenzeichen
am
<b>10.2</b> im Auftrag der <b>Agentur für Arbeit</b> Name der Agentur für Arbeit
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kundennummer
am

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

**10.3 im Auftrag der Berufsgenossenschaft**

Name der Berufsgenossenschaft

nein  ja

Aktenzeichen

am

**10.4 im Auftrag des Arbeitgebers vom Personalarzt oder Betriebsarzt**

Name des Arbeitgebers

nein  ja

Anschrift

Personalnummer

am

**10.5 im Auftrag einer sonstigen Stelle** (zum Beispiel Kommune, Arbeitsgemeinschaft, Jobcenter, Gesundheitsamt, Blindengeldstelle, Privatversicherung)

Name der sonstigen Stelle

nein  ja

Aktenzeichen

am

**10.6 zur Feststellung einer Schwerbehinderung**

von welcher Stelle

nein  ja

Aktenzeichen

am

**10.6.1 Sind Sie schwerbehindert?**

nein  ja

**bitte Ablehnungsbescheid oder Anerkennungsbescheid beifügen**

**10.6.2 Sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt oder wurde Ihnen als Arbeitsuchender die Gleichstellung zugesichert?**

nein  ja

**bitte Gleichstellungsbescheid / Zusicherungsbescheid der Agentur für Arbeit beifügen**

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

## 11 Leistungen zur Teilhabe

**11.1** Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht worden (zum Beispiel Kur, Umschulung)?

Ort

nein  ja

Kostenträger

Aktenzeichen

vom - bis

**11.2** Sind zurzeit solche Leistungen beantragt?

bei welcher Stelle

nein  ja

Aktenzeichen

beantragt am

**11.3** Wurde früher ein Antrag auf solche Leistungen abgelehnt?

von welcher Stelle

nein  ja

Aktenzeichen

abgelehnt am

## 12 Sonstige Angaben

**12.1** Wurde anlässlich eines früheren Rentenanspruchs eine ärztliche Untersuchung durchgeführt?

Versicherungsträger

nein  ja

Aktenzeichen

Zeitpunkt der Untersuchung

**12.2** Sind Sie aus gesundheitlichen Gründen gehindert, zur ärztlichen Untersuchung zu kommen?

Grund

nein  ja

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

## Erklärung und Information zum Rentenantrag zur Feststellung der Erwerbsminderung

### 1 Versicherung der Antragstellerin / des Antragstellers

**Ich versichere**, dass ich die gesundheitliche Beeinträchtigung meiner Erwerbsfähigkeit weder absichtlich herbeigeführt noch mir bei einer Handlung zugezogen habe, die nach strafgerichtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist.

### 2 Information der Antragstellerin / des Antragstellers

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir **medizinische Daten**, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer Einwilligung erhalten, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Versorgungsämter oder Berufsgenossenschaften) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben **weitergeben dürfen**. Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).

**Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen.** Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I -).

**Ich nehme zur Kenntnis**, dass

- meine Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufenthalten beziehungsweise Rehabilitationsaufenthalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg).
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder der privaten Krankenkassen.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

### 3 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

#### 3.1 Einwilligungserklärung der / des Rentenberechtigten

**Ich willige ein**, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen erhalten darf, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch die Unterlagen über diese Untersuchungen erhalten darf.

**Ich willige ein**, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

**Ich willige außerdem ein**, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110 / 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) - oder §§ 116 / 119 SGB X - die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

**Ich bestätige**, dass ich die Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

**Hinweis:** Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person bitte weiter bei Ziffer 3.2.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Rentenberechtigten

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

### 3.2 Einwilligungserklärung der Betreuerin / des Betreuers bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten

Bei nachgewiesener fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person ist für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht die Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers erforderlich.

**Ich bestätige**, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers

Eine aktuelle ärztliche Bescheinigung als Nachweis der fehlenden Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der /  
des Rentenberechtigten

ist beigefügt

wird nachgereicht

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

## Erklärung und Information zum Rentenanspruch zur Feststellung der Erwerbsminderung

### 1 Versicherung der Antragstellerin / des Antragstellers

**Ich versichere**, dass ich die gesundheitliche Beeinträchtigung meiner Erwerbsfähigkeit weder absichtlich herbeigeführt noch mir bei einer Handlung zugezogen habe, die nach strafgerichtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist.

### 2 Information der Antragstellerin / des Antragstellers

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir **medizinische Daten**, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer Einwilligung erhalten, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Versorgungsämter oder Berufsgenossenschaften) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben **weitergeben dürfen**. Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).

**Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen.** Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I -).

**Ich nehme zur Kenntnis**, dass

- meine Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufenthalten beziehungsweise Rehabilitationsaufenthalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg).
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder der privaten Krankenkassen.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

### 3 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

#### 3.1 Einwilligungserklärung der / des Rentenberechtigten

**Ich willige ein**, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen erhalten darf, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch die Unterlagen über diese Untersuchungen erhalten darf.

**Ich willige ein**, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

**Ich willige außerdem ein**, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110 / 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) - oder §§ 116 / 119 SGB X - die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

**Ich bestätige**, dass ich die Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

**Hinweis:** Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person bitte weiter bei Ziffer 3.2.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Rentenberechtigten

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

### 3.2 Einwilligungserklärung der Betreuerin / des Betreuers bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten

Bei nachgewiesener fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person ist für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht die Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers erforderlich.

**Ich bestätige**, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers

Eine aktuelle ärztliche Bescheinigung als Nachweis der fehlenden Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten

ist beigelegt

wird nachgereicht

### Wortlaut der Gesetzestexte

#### § 66 SGB I

##### Folgen fehlender Mitwirkung

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

#### § 69 SGB X (Auszug)

##### Übermittlung für die Erfüllung sozialer Aufgaben

(1) Eine Übermittlung von Sozialdaten ist zulässig, soweit sie erforderlich ist

1. für die Erfüllung der Zwecke, für die sie erhoben worden sind oder für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe der übermittelnden Stelle nach diesem Gesetzbuch oder einer solchen Aufgabe des Dritten, an den die Daten übermittelt werden, wenn er eine in § 35 des Ersten Buches genannte Stelle ist,

2. für die Durchführung eines mit der Erfüllung einer Aufgabe nach Nummer 1 zusammenhängenden gerichtlichen Verfahrens einschließlich eines Strafverfahrens...

#### § 76 SGB X (Auszug)

##### Einschränkung der Übermittlungsbefugnis bei besonders schutzwürdigen Sozialdaten

(1) Die Übermittlung von Sozialdaten, die einer in § 35 des Ersten Buches genannten Stelle von einem Arzt oder einer anderen in § 203 Absätze 1 und 3 des Strafgesetzbuches genannten Person zugänglich gemacht worden sind, ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre.

(2) Absatz 1 gilt nicht

1. im Rahmen des § 69 Absatz 1 Nummern 1 und 2 für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass der Betroffene der Übermittlung widerspricht; der Betroffene ist von der verantwortlichen Stelle zu Beginn des Verfahrens in allgemeiner Form schriftlich auf das Widerspruchsrecht hinzuweisen,

2. im Rahmen des § 69 Absätze 4 und 5 und des § 71 Absatz 1 Satz 3.