

Absender:

geboren am _____ in _____

An:

_____, den _____

Betreff: Auskunft nach § 83 SGB X

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich nach § 83 SGB X, mit Verweis auf das Urteil des BSG vom 2. November 2010 - B 1 KR 12/ 10 R, Auskunft über **alle** Daten, die zu meiner Person (siehe Absender oben, Versichertennummer _____) bei der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung _____ gespeichert sind.

Bitte schicken Sie mir die Auskunft innerhalb von **zwei Wochen ab Datum dieses Schreibens** an meine Postadresse zu:

Sollten keine Daten über mich vorliegen, so teilen Sie mir dies bitte auch schriftlich mit.

Zum Nachweis meiner Identität übermittle ich Ihnen eine Kopie meines Personalausweises.

Für Ihre Bemühungen darf ich mich vielmals bedanken.

Mit freundlichen Grüßen,

Erklärung über die Vollständigkeit und Richtigkeit der Auskunft nach § 83 SGB X

Hiermit wird bestätigt, dass die erteilte Auskunft nach § 83 SGB X der

Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung _____,

insgesamt _____ **Seiten**, über den Versicherten _____

mit der Versichertennummer _____ (geboren am

_____ in _____) bis zum _____

(heutiges Datum) vollständig und richtig ist.

Ort, Datum

Name und Unterschrift

Mit den Unterlagen bitte unbedingt auch diese **vollständig ausgefüllte und unterschriebene** Erklärung innerhalb von 14 Tagen an _____ zurückschicken!

Vielen Dank.