

Ausgefülltes Formular bitte senden an:
Department of Labor and Industries
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291, USA



Ermächtigung zur Informationsfreigabe

Angaben zum/zur Arbeiter/in:

Name des/der Arbeiter/in:	Antragsnummer:
Sozialversicherungsnummer (nur zur Identitätsfeststellung):	Geburtsdatum:

Leistungserbringer:

Name des Leistungserbringers:

Ich ermächtige Sie, alle Informationen, die Sie bezüglich meiner Erkrankung(en) während Ihrer Behandlung erfasst haben, an Labor and Industries oder dessen Vertreter weiterzuleiten.

Bitte stellen Sie neben Ihren Beobachtungen auch folgende bereit:

- Aufzeichnungen zur Anamnese.
- Untersuchungen.
- Arztgespräche.
- Ultraschallbefunde.
- Laborstudien.
- Operative und pathologische Berichte.
- Notizen von Ärzten und Pflegepersonal.
- Krankenhausakten.
- Befunde.
- Verschreibungs- oder Therapieinformationen bezüglich Erkrankungen, Verletzungen oder sonstiger körperlicher Beschwerden.

Bitte geben Sie alle Therapieakten frei für:

Die freizugebenden Daten beinhalten:

- Alkoholmissbrauch Drogenmissbrauch HIV/AIDS Psychiatrische Behandlung

Und/oder andere durch bundesstaatliche Gesetze geschützte Informationen.

Ich verstehe, dass ich diese Aufzeichnungen freigebe, damit Labor and Industries meinen Antrag einbringen und bearbeiten kann. Ich verstehe, dass diese Aufzeichnungen gemäß Landesgesetz ([RCW 51.28.070](#)) vertraulich behandelt werden.

Diese Ermächtigung kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Unterschrift des/der Arbeiter/in

Datum