

Antragsteller/in:

geb.:

wohnhaft:

Schweigepflichtentbindung

im Rahmen der Antragstellung auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch IX,
Teil 2

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Kenntnis der dem behandelnden Arzt, ggf. dem Amtsarzt und anderen mit der Behandlung meiner Erkrankung betrauten Stellen vorliegenden persönlichen und medizinischen Daten dem Eingliederungshilfeträger die sozialhilferechtliche und fachliche Abklärung meines individuellen Hilfebedarfs ermöglichen sollen und zur Erstellung eines Gesamtplans nach § 121 SGB IX für die Durchführung der einzelnen Maßnahmen bestimmt sind.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass der Eingliederungshilfeträger nach § 66 SGB I seine Leistungen bis zur Nachholung meiner Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung beispielsweise durch Verweigerung dieser Schweigepflichtentbindung nicht oder nicht im ausreichenden Umfang nachgewiesen sind.

Nach Maßgabe meiner Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 ff SGB I zur Klärung des entscheidungsrelevanten Sachverhalts erkläre ich Folgendes:

Ebenso erteile ich meine Einwilligung in die Übermittlung der zur Zweckerfüllung (Ermittlung des Hilfebedarfs und Erstellung eines Gesamtplanes) dieses ärztlichen Berichts erforderlichen Daten über meine Gesundheit an den Eingliederungshilfeträger.

Soweit zur Erstellung des ärztlichen Berichts / der ärztlichen Stellungnahme die Einholung von Informationen durch den ärztlichen Berichtersteller erforderlich ist, entbinde ich die nachstehend aufgeführten behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift des/r Antragsteller/in

Unterschrift des/r gesetzlichen Betreuer/in
