

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Datenschutzrechtliche Einwilligung

Ich,

Familienname	Vorname(n)
Geburtsdatum	Geburtsort
Anschrift (Straße, H.Nr., PLZ, Ort)	
Gesetzlicher Vertreter (Familienname, Vorname(n), Anschrift)	

beantrage erhalte

folgende Sozialhilfe-/Eingliederungshilfeleistung

Art der Leistung

Zur Klärung der Leistungsvoraussetzungen ist folgende ärztliche Auskunft erforderlich:

--

Zur Feststellung der Leistungsvoraussetzung bin ich verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Gewährung der o.g. Leistung erheblich sind. Auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers stimme ich der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (vgl. § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I) zu, wenn ich nicht selber die gewünschten Auskünfte erteile und/oder die Unterlagen vorlege. Die Leistung kann ganz oder teilweise versagt werden, wenn ich den Mitwirkungspflichten (vgl. § 66 Absatz 1 SGB I) nicht nachkomme. Zur Erfüllung dieser Mitwirkungspflicht entbinde ich die nachfolgend Benannten von der Schweigepflicht:

Behandelnde/r Ärztin/Arzt	
Name	Klinik/Praxis
Adresse	
Telefon	E-Mail-Adresse

Therapeut/in	
Name	ggf. Praxis
Adresse	
Telefon	E-Mail-Adresse

Amtsärztlicher Dienst/Gesundheitsamt	
Name	
Adresse	
Telefon	E-Mail-Adresse

Zuständige Kranken-/Pflegekasse	
Name	Versicherungsnummer
Adresse	
Telefon	E-Mail-Adresse

Diese Erklärung gilt nur für das Auskunftersuchen des Leistungsträgers gegenüber der o.g. Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter oder anderen Stellen im Zusammenhang mit der Beantragung der o. g. Sozialleistungen. Die über mich im Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen können nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger und andere ärztliche Gutachter weitergegeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung und für die Feststellung der Leistungsvoraussetzungen erforderlich ist. Wenn erforderlich, bin ich mit der Weiterleitung der Daten durch die o.g. Behörde an das zuständige Gesundheitsamt zur Stellungnahme/Begutachtung einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte nach § 19 Neuntes Buch – Sozialgesetzbuch (Teilhabeplan SGB IX) bei allen Rehaträgern sowie aus ärztlichen und pädagogischen Unterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von nachfolgend genannten Stellen eingeholt werden können:

1.	Landkreis Rostock, Der Landrat, Sozialamt, August-Bebel-Str. 3, Bad Doberan
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Widerspruchsrecht:

Die von den Ärzten oder anderen in § 203 Absatz 1 Strafgesetzbuch - StGB genannten Personen oder Stellen zugänglich gemachten Sozialdaten dürfen nur an andere übermittelt werden, wenn dieser Übermittlung nicht widersprochen wird.

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich gem. § 76 Absatz 2 Nr. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB X der Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht und Weitergabe der Daten ohne Angaben von Gründen sofort oder zu einem anderen Zeitpunkt widersprechen kann.

Über die datenschutzrechtlichen Bestimmungen wurde ich mittels separatem Informationsschreiben aufgeklärt und habe sie zur Kenntnis genommen. Auf die Folgen einer fehlenden Mitwirkung wurde ich hingewiesen.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/Leistungsbeziehers bzw. des gesetzlichen Vertreters
------------	--