

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

## Schweigepflichtentbindung

Für meinen Antrag auf Sozialhilfe/Eingliederungshilfe bin ich damit einverstanden, dass die hierfür erforderlichen Unterlagen von Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, angefordert werden können. Hierzu gehören unter anderem ärztliche und psychologische Berichte und Stellungnahmen, Berichte über bisherige Therapieverläufe, Adaptionsbehandlungen und während der Antragstellung / laufenden Maßnahmen erhobene Befunde und Berichte.

Hiermit entbinde ich meine für mich zuständigen

- |   |   |                             |
|---|---|-----------------------------|
| ➤ behandelnden Ärzte                              | ➤ Geistliche  | ➤ Sozialversicherungsträger |
| ➤ Krankenkasse(n)                                 | ➤ Rentenversicherung(en)                            | ➤ Wohngeldstelle(n)         |
| ➤ Klinik(en)                                      | ➤ Bundesagentur für Arbeit                          | ➤ Unterhaltsstelle(n)       |
| ➤ Medizinischer Dienst<br>der Krankenkassen (MdK) | ➤ Jobcenter   | ➤ Gesundheitsämter          |
| ➤ Reha-Einrichtung(en)                            | ➤ Sozialamt (SGB XII-Leistung,<br>Hilfe zur Pflege) | ➤ Kindergeldkasse(n)        |
|   |   | ➤ Jugendamt/-ämter          |

Weitere Institutionen:

<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

von ihrer (fachberuflichen) Schweigepflicht gegenüber den, mit meiner Begutachtung beauftragten, Stellen des Landkreises Goslar (Eingliederungshilfe, Existenzsichernde Leistungen - Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung /Hilfe zum Lebensunterhalt) und bin sowohl mit der Überlassung von (Befund-)Unterlagen als auch Gewährung von Auskünften einverstanden.

Des Weiteren entbinde ich das zuständige Gesundheitsamt von der ärztlichen Schweigepflicht und bin mit der Übersendung von Stellungnahmen, ärztlichen Unterlagen u. ä. an den zuständigen Leistungsträger des Landkreises Goslar einverstanden.

Ich habe außerdem zur Kenntnis genommen, dass der Landkreis Goslar bestimmte Daten i.S.d. §§ 69, 76 SGB X an andere Kostenträger (z.B. Krankenkasse/Rentenversicherung) weitergeben darf, falls dies notwendig ist, um zu prüfen, ob der andere Kostenträger für die von mir beantragte Leistung zuständig ist.

**Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.**

Ort, Datum, Unterschrift der/des Leistungsberechtigten bzw. der/des gesetzlichen Betreuers/Betreuerin