

Erklärung über die Entbindung von Schweigepflichten gemäß §§ 67 ff. SGB X

Die Entbindung gilt für den Träger der Eingliederungshilfe des Landkreises Dahme-Spreewald



1. Angaben AntragstellerIn			
Name, Vorname		Geburtsdatum	
Anschrift (Str., Hsnr., PLZ, Wohnort)			

2. Erklärung			
Ich entbinde die unter 3. markierten und benannten Berufsgeheimnisträger und Stellen von ihrer Schweigepflicht entsprechend § 203 Strafgesetzbuch (StGB) in Bezug auf:			
<ul style="list-style-type: none">- Den Austausch aller personenbezogenen ärztlichen und psychologischen Daten/Unterlagen (Befunde, Diagnostik, Entlassungsbericht) im Rahmen der Entscheidung über den vorliegenden Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe, soweit dies für die Entscheidung und Prüfung erforderlich ist,- Die Weiterleitung von Akten für den zwischenbehördlichen Austausch- Durchführung/Umsetzung/Anpassung der Teilhabeplanung			
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der zuständige Träger der Eingliederungshilfe des Landkreis Dahme-Spreewald sich mit den unten genannten Personen und Stellen zu den oben genannten Zwecken beraten und austauschen darf, soweit erforderlich. Dies schließt die Prüfung mit ein, ob ggf. eine solche Anpassung zur Erreichung und Sicherstellung meiner Teilhabe erforderlich ist. Dann ist die Teilhabeplanung in Abstimmung mit mir und mit anderen Stellen/Rehabilitationsträgern vorzunehmen.			

3. Angaben zu den Berufsgeheimnisträger		
	Name	Anschrift
behandelnder Hausarzt		
behandelnder Facharzt		
behandelnder Facharzt		
weitere Ärzte		
Krankenhaus		
Rehabilitations-einrichtungen		
Pflegedienst/-heim		
Sozialpsychiatrischer Dienst Gesundheitsamt		

Betreuungsbehörde		
Krankenkasse/ Pflegekasse		
Rentenversicherung		
Unfallversicherung		
Bundesagentur für Arbeit / Jobcenter		
Jugendhilfe		
Landesamt für Soziales und Versorgung / Integrationsamt		
Integrationsfachdienst		
Sozialamt Landkreis Dahme-Spreewald Sachgebiet	<input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege <input type="checkbox"/> Grundsicherung im <input type="checkbox"/> Alter und bei <input type="checkbox"/> Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> Hilfe zum <input type="checkbox"/> Lebensunterhalt <input type="checkbox"/> Widerspruchsbehörde	
Sonstige / Leistungserbringer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

4. Hinweise

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass bei einer Nichterteilung der Schweigepflichtentbindung die beantragten Leistungen der Eingliederungshilfe nach den Vorschriften des SGB IX und Sozialleistungen nach den Vorschriften des SGB XII ggf. nicht geprüft und nicht bewilligt werden können.

Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtentbindung freiwillig abgebe und diese von mir jederzeit für die Zukunft widerrufen oder abgeändert werden kann (§ 76 Abs. 2 SGB X).

Sie gilt widerruflich bis: _____

Ort, Datum

Unterschrift antragstellende Person

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Betreuer/Bevollmächtigter