

▼ Bitte abgeben bei:

Landkreis Nordsachsen
Sozialamt, SG I
Eingliederungshilfe
04855 Torgau

Eingangsvermerk

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen/dienstlichen Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich/wir

Name, Vorname (Sorgeberechtigte/r, Vormund, Betreuer)

Anschrift (PLZ Wohnort/Ortsteil, Straße Nr.)

mich damit einverstanden, dass durch den zuständigen Sozialhilfeträger zur Bearbeitung des Antrages auf Eingliederungshilfe nach §§ 53, 54 SGB XII in Verbindung mit §§ 55 bis 58 SGB IX

für

Name, Vorname (Hilfesuchender, Kind)

Geburtsdatum

Anschrift (PLZ Wohnort/Ortsteil, Straße Nr.)

eine Amtsärztliche Stellungnahme beim Gesundheitsamt des Landkreises Nordsachsen oder in Amtshilfe bei einem anderen Sozialleistungsträger einholt.

Ich bin ferner einverstanden, dass das Gesundheitsamt in diesem Zusammenhang auch von Ärzten, die mein Kind behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte einholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen bezieht.

Ich entbinde die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass der Sozialhilfeträger im Rahmen des Antrages medizinische sowie pädagogische Gutachten, Krankenpapiere, Untersuchungsbefunde oder Ähnliches an Maßnahmeträger (z.B. Kindergärten, Schulen, etc.) weiterleitet und sich die jeweiligen Unterlagen und Auskünfte von anderen Sozialleistungsträgern und entsprechenden Stellen (z.B. Kranken-/Pflegekasse, Jugendhilfeträger, Schulaufsichtsbehörde, Arbeitsamt, behandelnde Ärzte, Maßnahmeträger etc.) einholen darf.

Über die Vorschriften zur Mitwirkungspflicht, deren Grenzen sowie die möglichen Folgen fehlender Mitwirkung nach §§ 60 ff Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) wurde(n) ich/wir belehrt.

Ort, Datum

Unterschrift (Sorgeberechtigte/r, Vormund, Betreuer)