

▼ Bitte abgeben bei:

Stadt Leipzig  
Sozialamt, 50.31  
Eingliederungshilfe  
04092 Leipzig

Eingangsvermerk

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen bzw. dienstlichen Schweigepflicht sowie datenschutzrechtlichen Einwilligung

Hiermit befreie ich/wir

Name, Vorname (Vater, Mutter, Betreuer, Vormund)

Klient – Name, Vorname, Geburtsdatum

den Hausarzt

Name, Telefon

den Facharzt

Name, Telefon

den Amtsarzt

Name, Telefon

die Krankenkasse

Name, Ort, Telefon

Name, Telefon

Name, Telefon

Name, Telefon

Name, Telefon

von seiner/ ihrer ärztlichen bzw. dienstlichen Schweigepflicht gegenüber dem zuständigen Sozialhilfeträger, dem Gesundheitsamt der Stadt Leipzig, dem Jugendamt der Stadt Leipzig, der Abt. Allgemeiner Sozialdienst und dem Leistungserbringer, soweit dies im Zusammenhang mit dem am \_\_\_\_\_ gestellten Antrag steht.

Ich bin/ wir sind darauf aufmerksam gemacht worden, dass Übermittlungen von Daten generell vorab widersprochen werden kann, wenn kein Einverständnis vorliegt.

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.

Leipzig,

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschriftsberechtigte/r