Name: geb.:

wohnhaft:

Betreuer:

Einwilligungserklärung / Schweigepflichtsentbindung
zur Offenbarung personenbezogener Daten gem. § 67 Sozialgesetzbuch X

Die persönlichen Angaben einschließlich einer Stellungnahme des Arztes / des Gesundheitsamtes werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für die beantragte Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch (SGB IX) benötigt.
Die Vorschriften über meine Mitwirkungspflicht, die Grenzen der Mitwirkung und die Folgen fehlender Mitwirkung nach §§ 60 ff Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass der KSV Sachsen, Ärzte / das Gesundheitsamt mit einer medizinischen Stellungnahme beauftragt. Dazu dürfen Auskünfte erteilt und ärztliche Zeugnisse und Unterlagen, die mit meiner Behinderung/Erkrankung im Zusammenhang stehen, an Ärzte / das Gesundheitsamt gegeben werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von

meinem Hausarzt/Facharzt.....

Krankenhaus/Reha-Klinik.....

Anschrift.....Tel:.....

durch Ärzte / das Gesundheitsamt eingeholt werden können.

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass Ärzte / das Gesundheitsamt die ermittelten medizinischen Unterlagen und eine medizinische Stellungnahme an den KSV Sachsen übergeben.

Die im Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen über mich können nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger und ärztliche Gutachter weitergegeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich solchen Übermittlungen generell vorab widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift