

## Schweigepflichtentbindung

|                |  |
|----------------|--|
| Name, Vorname: |  |
| Geburtsdatum:  |  |
| Wohnort:       |  |

**Hinweis:** Bitte entsprechende Felder ankreuzen und die von der Schweigepflicht zu entbindenden Institutionen benennen. Die Entbindung der Schweigepflicht für die farblich markierten Felder ist ein wesentlicher Bestandteil zur Bearbeitung Ihres Antrages. Ohne die Schweigepflichtentbindung gegenüber diesen Institutionen, kann eine Antragsbearbeitung nicht garantiert werden.

Ich befreie:

Landkreis Aurich – Abteilung Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

---

von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber  /wechselseitig :

- Landkreis Aurich – Amtsärztlicher Dienst
- Landkreis Aurich – Amt für Jugend und Soziales  
(z. B. Grundsicherung, Bildung und Teilhabe, Jugendhilfe)
- Leistungsanbieter:  
Integrationskindergarten: \_\_\_\_\_
- Leistungserbringer: AuNo gGmbH (Schulbegleitung)
- Kinderarzt: \_\_\_\_\_
- Facharzt: \_\_\_\_\_
- Jobcenter: \_\_\_\_\_
- Sonstige \_\_\_\_\_

im Hinblick auf personenbezogene/medizinische Daten/Unterlagen, welche zur Feststellung des notwendigen Hilfeumfanges im Rahmen der Eingliederungshilfe benötigt werden.

Ich erlaube die Entbindung von der Schweigepflicht

- einmalig.
- im Falle einer Bewilligung längstens bis zum Ende der festgestellten Maßnahme.

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

---

|     |       |  |
|-----|-------|--|
| Ort | Datum | Unterschrift   |
|     |       | (ggfs. gesetzl. Betreuer/in, Bevollmächtigter/in, Erziehungsberechtigte/r) |

