

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 - Sozialpsychiatrischer Dienst

Landkreis Aurich – Amt für Jugend und Soziales
(z. B. Grundsicherung, Bildung und Teilhabe, Jugendhilfe)

Leistungsanbieter: _____
(Anbieter für z. B. Wohnheim, Werkstatt, Tagesstätte, Assistenzleistung etc.)

Hausarzt: _____

Facharzt: _____

Jobcenter: _____

Bundesagentur für Arbeit: _____

Rentenversicherungsträger: _____

Pflege-/ Krankenkasse: _____

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)