

Anlage 1 Schweigepflichtsentbindung/ Einwilligungserklärung

für Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2
des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Schweigepflichtsentbindung
zum Antrag vom:

Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen sowie im Rahmen des Gesamtplan-/ Teilhabeplanverfahrens nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) ist es erforderlich, Unterlagen beizuziehen, die Auskunft über Ihren Gesundheitszustand oder über gewährte Sozialleistungen geben können (§ 67a SGB X). Sollten Sie die Einwilligung zur Beiziehung der Unterlagen verweigern, kann über Ihren Antrag nach dem SGB IX nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden. Deshalb benötigen wir von Ihnen nachfolgende Einwilligungserklärung. **Diese Erklärung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.**

Hiermit erkläre ich mich damit **einverstanden**, dass durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe zur Bearbeitung des Antrages auf Eingliederungshilfe nach §§ 99 ff. SGB IX für die leistungsberechtigte Person eine amtsärztliche Stellungnahme beim Gesundheitsamt des Landkreises Meißen oder in Amtshilfe bei einem anderen Träger der Eingliederungshilfe eingeholt wird.

Ich bin ferner damit **einverstanden**, dass das Gesundheitsamt in diesem Zusammenhang auch von Ärzten, die die leistungsberechtigte Person 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.

Ich bin damit **einverstanden**, dass die für das Gesamtplan-/ Teilhabeplanverfahren nach dem SGB IX zuständige Behörde im Rahmen der Bearbeitung des Antrages von Gerichten, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und anderen Leistungsträgern (insbesondere dem Jugendamt, der Pflegekasse, der Krankenkasse und der für die Durchführung zum Feststellungsverfahren nach dem SGB IX und dem LBlindG (Schwerbehindertenrecht) zuständige Behörde) - welche im Antrag angegeben wurden oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind - **medizinische Unterlagen aller Art und Akten bezieht, elektronisch verarbeitet und speichert**, die sie für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt.

Weiter bin ich **einverstanden**, dass von meinen behandelnden Ärzten, Psychologen, Gutachtern, Einrichtungen und einbezogenen Dienstleistungserbringern (insbesondere Kitas, Frühförderstellen, Assistenzdienstleister, etc.) **Auskünfte eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigezogen, elektronisch verarbeitet und gespeichert werden**. Das schließt auch die Unterlagen ein, die diese Ärzte, Psychologen, Gutachter, Einrichtungen und einbezogene Dienstleistungserbringer von anderen Ärzten, Psychologen, Gutachtern und Einrichtungen erhalten haben.

Folgende Ärzte, Psychologen und Gutachter, Einrichtungen und einbezogenen Dienstleistungserbringer **schließe ich ausdrücklich** von dieser Einwilligung **aus**:

Folgende Unterlagen **schließe ich ausdrücklich** von dieser Einwilligung **aus**:

Untersuchungen und Begutachtungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens stattgefunden haben, werde ich der Behörde umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über meine ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Soweit sie durch diese Erklärung nicht ausdrücklich ausgeschlossen sind, entbinde ich die beteiligten Ärzte, Psychologen, Gutachter, Einrichtungen und einbezogenen Dienstleistungserbringer von ihrer Schweigepflicht und erlaube die Erteilung von Auskünften und die Herausgabe von Unterlagen an die Verwaltungsbehörde.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller (Amtsvormund, Betreuer, Bevollmächtigte, etc.)

Bei Minderjährigen:

Unterschrift Mutter

Unterschrift Vater