

**Einwilligung des Antragstellers/der Antragstellerin/des gesetzl. Vertreters/der gesetzl. Vertreterin/des gesetzl. Betreuers/der gesetzl. Betreuerin/des Bevollmächtigten/der Bevollmächtigten/des Vormundes**

**Schweigepflichtentbindung**

<b>Name</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Anschrift</b>	

**Ich bin damit einverstanden**, dass der Eingliederungshilfeträger und das Gesundheitsamt von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen, psychologischen und medizinischen Unterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Sozialamt umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

**Ich bin ferner damit einverstanden**, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach § 114 des Zwölften Sozialgesetzbuches (SGB XII) bzw. der §§ 116/119 Zehntes Sozialgesetzbuch (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Sozialhilfeträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

**Information der Antragstellerin / des Antragstellers**

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir Daten, die wir im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von Ihnen beantragten Leistung erhalten haben, an einen anderen Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft, Grundsicherungsträger, Rentenversicherungsträger) oder für eigene Aufgaben an einen sonstigen Dritten (z. B. an das Gesundheitsamt oder andere Gutachter) weitergeben dürfen, falls dies erforderlich ist. Das ergibt sich aus § 76 i. V. m. § 69 SGB X. Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit und ohne Angaben von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

**Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.**

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift  
(Antragsteller/-in, gesetzl. Vertr., Betreuer/in,  
Bevollmächtigte/r, Vormund)