

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

## **Schweigepflichtsentbindung**

(§§ 67, 100 des Sozialgesetzbuches X – Verwaltungsverfahren)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landratsamt Kyffhäuserkreis die für die Bearbeitung meines Antrages auf:

### **Eingliederungshilfe**

---

erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen Unterlagen, insbesondere Gutachten, Entlassungsberichte/ Zwischenberichte, Befundberichte, im notwendigen Umfang zur Einsicht bezieht bzw. an Behörden, weiterleiten darf, sofern dies in unmittelbarem Zusammenhang mit der beantragten Hilfe erforderlich ist.

Diese Erklärung erstreckt sich auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen und Behandlungen.

Die Schweigepflichtsentbindung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein sich eventuell anschließendes Rechtsbehelfsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen und entbinde die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Die Schweigepflichtsentbindung bezieht sich nicht auf:

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_