

## Erklärung über die Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht

der/des \_\_\_\_\_  
geb. am \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_

(gesetzlich) vertreten durch (Betreuer, Vollmachtnehmer, soweit sich die Betreuung bzw. Vollmacht auf die Gesundheitsangelegenheiten der/s Antragstellerin/s erstreckt)

Frau/Herr \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_

Ich habe ab dem \_\_\_\_\_ beim Saale-Holzland-Kreis als Träger der Sozialhilfe beantragt, mir

\_\_\_\_\_

nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) zu gewähren.

Damit der zuständige Sozialhilfeträger feststellen kann, ob die Leistungsvoraussetzungen vorliegen und in welcher Art und Weise Leistungen zu erbringen sind, muss er sich entsprechend informieren können. Hierzu bin ich als Antragsteller/in nach §§ 60 ff. Erstes Sozialgesetzbuch (SGB I) verpflichtet, solche für die Gewährung der Leistung erforderlichen Angaben und Auskünfte selbst zu erteilen bzw. der Erteilung dieser Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Die beantragte Leistung kann mir ganz oder teilweise versagt werden, wenn ich diesen Mitwirkungspflichten nicht nachkomme.

In Erfüllung dieser Mitwirkungspflichten **entbinde ich freiwillig**

- Sozialpsychiatrischen Dienst SHK (SpDi)
- die behandelnden Ärzte/ Kliniken:

- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_

(Bitte Namen und Anschriften sämtlicher betreffender Ärzte angeben!)

- meine/n gesetzliche/n Betreuer/in \_\_\_\_\_,
- die/den Vollmachtnehmer/in \_\_\_\_\_
- Leistungsträger, die meine soziale und berufliche Integration gefördert haben und fördern (bspw. Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit, Krankenversicherungen, Pflegekassen etc.),
- Einrichtungen/Institutionen, von denen ich betreut wurde, werde und voraussichtlich betreut werde

gegenüber dem Saale-Holzland-Kreis als Träger der Sozialhilfe **von der gesetzlichen Schweigepflicht**. Diese Erklärung ist jederzeit durch mich ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufbar. Sie gilt über meinen Tod hinaus.

Mir ist bekannt, dass eine Übermittlung personenbezogener Daten und Sozialdaten entsprechend der Vorgaben der Sozialgesetzgebung (SGB) stattfindet. Auf dieser Basis können zur Prüfung der Leistungspflicht Daten durch das Sozialamt an das zuständige Gesundheitsamt zur Stellungnahme oder Begutachtung übermittelt werden.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung dieser Erklärung erhalten habe, ebenso wie einen Auszug aus den datenschutzrechtlichen Bestimmungen des SGB X (-> siehe Anlage 2/3 und 3/3)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der erklärenden Person /  
gerichtl. Betreuung