

Anlage 7 Erklärung über die Entbindung von Schweigepflichten gemäß §§ 67 ff. SGB X

Antragsteller (Name, Vorname): _____

Rechtlicher Vertreter (Name, Vorname): _____

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass der zuständige Sozialhilfeträger der Landeshauptstadt Potsdam, Fachbereich Soziales und Gesundheit, in ärztliche Unterlagen einsehen kann, soweit dies zur Entscheidung über die Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) und Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Achtes Buch (SGB VIII) erforderlich ist.

Ich bin einverstanden, dass der Fachbereich Soziales und Gesundheit der Landeshauptstadt Potsdam Auskünfte und Unterlagen wie Entlassungsberichte, Informationen über Untersuchungen und Befunde erhält, soweit es für die Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) und Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Achtes Buch (SGB VIII) notwendig ist.

Die mich behandelnden Ärzte entbinde ich von ihrer Schweigepflicht.

Namen und Anschriften behandelnder Ärzte:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass dem Fachbereich Soziales und Gesundheit der Landeshauptstadt Potsdam meine Akte über die Gewährung Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) und Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Achtes Buch (SGB VIII) vom bisher zuständigen Sozialhilfeträger bzw. über die Gewährung von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger zur Einsicht übersandt werden kann.

Ich bin ferner einverstanden, dass Auskünfte, soweit es für die Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) und Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Achtes Buch (SGB VIII) erforderlich ist, bei anderen Sozialhilfe- und Sozialleistungsträgern, Jugendhilfeträgern und Bildungsträgern, Sozialpädiatrischen Zentren, niedergelassene und praktizierende Psychotherapeuten/Ärzte, Kliniken, Frühförder- und Beratungsstellen, Schulen sowie dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen abgefordert werden können.

Weitere Institutionen, die von der Schweigepflicht entbunden werden:

Potsdam, den _____

Unterschrift des Antragstellers/rechtlichen Vertreters

aufgenommen durch:
