

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

für den Fachbereich Soziales und Inklusion der Landeshauptstadt Potsdam
 Bereich Inklusion und Hilfe zur Pflege
 Bereich soziale Leistungen und Integration

(Bitte für jede Stelle ein einzelnes Exemplar)

Name, Vorname	Aktenzeichen

Die folgende Erklärung gilt für den Träger der Eingliederungshilfe Hilfe zur Pflege
 Grundsicherung Hilfe zum
 und ▼ Lebensunterhalt

(Bitte zutreffende Institution auswählen.) <input type="checkbox"/> den örtlichen Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes <input type="checkbox"/> den Hausarzt <input type="checkbox"/> das Krankenhaus <input type="checkbox"/> den bisherigen/örtlichen Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> den örtlichen Träger der Jugendhilfe <input type="checkbox"/> die Krankenversicherung <input type="checkbox"/> den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) <input type="checkbox"/> den Rentenversicherungsträger <input type="checkbox"/> die Bundesagentur für Arbeit <input type="checkbox"/> das Landesamt für Soziales und Versorgung/Integrationsamt <input type="checkbox"/> die Therapiepraxen (z. B. Physio-, Ergo-, Psychotherapie, Logopädie) <input type="checkbox"/> Sonstige	Bitte genau bezeichnen (Name der Institution, Anschrift)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

Hiermit entbinde ich die oben markierten und benannten Stellen von ihrer Schweigepflicht entsprechend § 203 Strafgesetzbuch (StGB) in Bezug auf:

- den Austausch aller ärztlichen und psychologischen Daten/Unterlagen (Befunde, Diagnostik, Entlassungsbericht) im Rahmen der Entscheidung über den vorliegenden Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe, soweit dies für die Entscheidung erforderlich ist,
- die Weiterleitung von Akten für den zwischenbehördlichen Austausch,
- _____,
- _____.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der zuständige Sozialhilfeträger/Träger der Eingliederungshilfe der Landeshauptstadt Potsdam sich mit den oben benannten Personen und Stellen zu den oben benannten Zwecken beraten und austauschen darf. Dies gilt auch für die Berücksichtigung und Einbindung im Gesamt-/Teilhabepflichtverfahren.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass bei einer Nichterteilung der Schweigepflichtentbindung die beantragten Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII/der Eingliederungshilfe nach den Vorschriften des SGB IX ggf. nicht geprüft und nicht bewilligt werden können.

Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgebe und diese von mir jederzeit widerrufen werden kann.

Sie gilt widerruflich bis _____.

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person/der gesetzlichen Vertretung (P1)

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person/der gesetzlichen Vertretung (P2)