
Name

Vorname

Geburtsdatum

Wohnanschrift

**Einverständniserklärung
zur Befundanforderung für die Begutachtung
Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich bzw. entbinden wir

Name des Arztes / der Klinik, Anschrift

gegenüber
dem Amtsarzt des Gesundheitsamtes bzw. Vertreter

von der ärztlichen Schweigepflicht.
.....

Diese Erklärung bezieht sich im Einzelnen auf:

Einsichtnahme in meine Krankenakte / Untersuchungsunterlagen bzw. Überlassung von
Kopien

Zweck der Datenübermittlung:

Bedarfsfeststellung im Rahmen des Antrages auf Eingliederungshilfe nach dem SGB IX

Ich bin über die gesetzliche Schweigepflicht unterrichtet worden.
Diese Erklärung ist zu jedem Zeitpunkt für die Zukunft widerrufbar.
Die Erklärung zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Neuruppin,

Ort, Datum

Unterschrift

Name, Vorname des gesetzlichen Betreuers

Unterschrift