SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Wohnort:	

Hinweis: Bitte entsprechende Felder ankreuzen und die von der Schweigepflicht zu entbindenden Institutionen benennen.

Ich befreie:

Landkreis Aurich – Abteilung Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigung

von der gesetzlichen Schweigepflicht gem. §35 SGB I gegenüber ☐/wechselseitig ☐:

☐ Landkreis Aurich – Amtsärztlicher Dienst

☐ Landkreis Aurich – Amt für Jugend und Soziales
(z. B. Grundsicherung, Bildung und Teilhabe, Jugendhilfe)

☐ Leistungserbringer: _____

☐ Hausarzt: _____

☐ Facharzt: _____

☐ Jobcenter: _____

☐ Bundesagentur für Arbeit: _____

☐ Rentenversicherungsträger: _____

☐ Pflege/Krankenkasse: _____

☐ Sonstige: _____

Im Hinblick auf personenbezogene/medizinische Daten/Unterlagen, welche zur Feststellung des notwendigen Hilfeumfanges im Rahmen der Eingliederungshilfe benötigt werden.

Ich erlaube die Entbindung von der Schweigepflicht

☐ einmalig.
☐ im Falle einer Bewilligung längstens bis zum Ende der festgestellten Maßnahme.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort	Datum	Unterschrift (ggfs. gesetzl. Betreuer/in, Bevollmächtigter/in, Erziehungsberechtigte/r)