

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Einwilligungserklärung der / des Leistungsberechtigten

Ich, _____, **geboren am** _____, **willige ein**, dass der Träger der Sozialhilfe von den von mir unten mitgeteilten Ärzten und Einrichtungen oder den Ärzten und Einrichtungen, die aus den von mir überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen und Auskünfte erhalten darf, die er für die

- Entscheidung über folgende Leistungen: _____ bzw.
- Geltendmachung von Erstattungsansprüchen gegenüber anderen Sozialleistungsträgern bzw. von übergegangenen Schadenersatzansprüchen gegenüber Dritten wegen dieser Leistungen

benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte – stattgefunden haben, werde ich dem Träger der Sozialhilfe umgehend mitteilen.

Ich **willige zudem ein**, dass der Träger der Sozialhilfe auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen zu den o.g. Zwecken erhalten darf.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Erstattungsverfahren nach §§ 102 ff. Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X), § 16 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) oder des gesetzlichen Überganges nach §§ 116 ff. SGB X die bestehenden Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Träger der Sozialhilfe und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

Sie können einer Weitergabe Ihrer Daten aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I)).

Name des Arztes/ Krankenhauses usw.	Anschrift

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Schweigepflichtsentbindung erhalten habe. **Ich wurde darauf hingewiesen**, dass ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Leistungsberechtigten

Hinweise

Die ärztlichen Auskünfte und Unterlagen werden nur dann erhoben, wenn sie **erforderlich** sind, um über die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung zu entscheiden (§ 67a Abs. 1 S. 1 SGB X).

Der Träger der Sozialhilfe **darf medizinische Daten**, die ihm bereits vorliegen oder die er mit Ihrer Einwilligung erhalten hat, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Versorgungsämter, Rentenversicherungsträger, Sozialämter oder Jobcenter) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben **weitergeben**.