

Einwilligungserklärung nach §§ 67, 100 Sozialgesetzbuch X (SGB X)
Offenbarung von personenbezogenen Daten und Auskunftspflicht des Arztes/Ärztin oder
Angehörigen eines anderen Heilberufes

Ich,
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

entbinde folgende/n Arzt/Ärztin/Krankenhausabteilung/Psychotherapeuten/Psychotherapeutin/
Sozialpsychiatrischen Dienst

Name des Arztes/der Ärztin/PT/Krankenhauses etc.	Anschrift

der/die mich von _____ bis _____ untersucht/behandelt hat/haben, gegenüber dem
ärztlichen Fachdienst des Fachamtes Eingliederungshilfe von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin einverstanden, dass mich betreffende ärztliche Unterlagen beigezogen und verwendet
werden, soweit es zur Bearbeitung eines dem ärztlichen Fachdienst des Fachamtes Eingliederungs-
hilfe vorliegenden Gutachtenauftrages bezüglich meines Antrags auf Eingliederungshilfen vom
_____ erforderlich ist.

Datum, Unterschrift

Ausgefüllt zurücksenden an:
Fachamt Eingliederungshilfe – Ärztlicher Fachdienst EH 4; Kurt-Schumacher-Allee 4;
20097 Hamburg