

**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 – Barmbeker Markt 22 – 22081 Hamburg**