

Stadt Leipzig
Sozialamt, Abt. Soziale Angelegenheiten
Sachgebiet Eingliederungshilfe
04092 Leipzig

Eingangsstempel

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht zur Bedarfsprüfung im Rahmen des Antrags auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch (SGB IX)

Hinweise zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten und Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Die persönlichen Angaben sowie die nachfolgende Dokumentation für die Hilfeplanung werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für beantragte Hilfen nach dem SGB IX benötigt.

Im Rahmen der Bedarfsprüfung soll Ihre aktuelle Situation und Ihr Unterstützungsbedarf festgestellt werden.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie bzw. der/die von Ihnen Vertretene im Rahmen der Antragstellung verpflichtet sind,

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch, Erstes Buch - SGB I),
- Beweismittel zu bezeichnen oder vorzulegen (§ 60 Abs. 1 Nr. 3 SGB I),
- sich auf Verlangen ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen (§ 62 SGB I).

Sofern Sie die erforderlichen ärztlichen und anderen Unterlagen nicht selbst vorlegen können, und auch vorliegende Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abgeben, kommen Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nach.

Wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden (§§ 60 – 67 SGB I). Eine Mitwirkungspflicht besteht nicht, soweit einer der in § 65 SGB I genannten Gründe vorliegt. So können z.B. Angaben verweigert werden, wenn ein Schaden für Leben und Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit der Erklärung erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 lit. c) und e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. m. §§ 67 bis 78 Sozialgesetzbuch, Zehntes Buches (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X.

Personenbezogene Daten der Antragstellerin / des Antragstellers

Name, Vorname

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Wohnhaft in (Ort, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Aktenzeichen (falls bereits vorhanden)

Einwilligungserklärung zur Einholung von Auskünften / Untersuchung

Zur Bedarfsprüfung im Rahmen meines Antrags auf Leistungen nach dem SGB IX willige ich ein, dass für die Hilfestellung erforderliche Auskünfte aus nachfolgend aufgeführten ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen (Befunde, Diagnostiken), die für die Entscheidung erforderlich sind, vom Träger der Eingliederungshilfe bei nachfolgend aufgeführtem/er Arzt/ Ärztin eingeholt werden können.

- 1) Gesundheitsamt der Stadt Leipzig
- 2) Arzt/ Ärztin
(z.B. Haus- bzw. Kinderarzt, Facharzt, SPZ)

Ich entbinde den Arzt / die Ärztin von der Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe die Daten unter Beachtung Art. 13 Abs. 1 lit. e, Art. 14 Abs. 1 lit. e DSGVO verarbeitet.

Mir ist bekannt, dass die Abgabe dieser Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht freiwillig ist und jederzeit für die Zukunft widerrufen werden kann. Sie gilt widerruflich bis zum Ende meiner Leistungsgewährung nach dem SGB IX.

Weiterhin bin ich darüber in Kenntnis gesetzt, dass ich gemäß § 76 SGB X der Weitergabe der ärztlichen und medizinischen Gutachten an die genannten Stellen widersprechen kann.

Informationspflicht zur Erhebung personenbezogener Daten

Weitere Informationen zu Ihren datenschutzrechtlichen Informationsrechten nach Art. 13 und 14 der DSGVO finden Sie Merkblatt zur Erhebung von personenbezogenen Daten - Informationspflicht nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Entbindung von der Schweigepflicht und willige in die Verarbeitung meiner Daten ein. Das Merkblatt zur Erhebung von personenbezogenen Daten habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Leipzig,

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellers/in bzw. des/der Personensorgeberechtigten