Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname: Geb.-Datum:

Anschrift:

Tel.-Nr.:

Gesetzlicher Vertreter:
Name, Vorname:

Anschrift:

Tel.-Nr.:

Soweit ich keine Unterlagen beifüge, erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Rhein-Lahn-Kreis als zuständiger

☐ örtlicher Träger der Sozialhilfe
☐ Träger nach dem Asylbewerberleistungsgesetz
☐ Träger nach dem Landespflegegeld- und Landesblindengeldgesetz, das Land Rheinland-Pfalz als überörtlicher Träger der Sozialhilfe / der Kriegsopferfürsorge und die durch Delegation mit der Durchführung der gesetzlichen Aufgaben beauftragten Stellen in diesem Verwaltungsverfahren und in einem eventuell sich anschließenden Vorverfahren von den behandelnden Ärztinnen / Ärzten, Krankenanstalten / Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalt, Sanatorium), Einrichtungen der Behindertenhilfe, Trägern der Sozialversicherung, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Behörden sowie Stellen innerhalb der Verwaltung, die hierfür erforderlichen Auskünfte einholt und Unterlagen beizieht, auch soweit sie hinsichtlich der geltend gemachten Gesundheitsstörungen von anderen Ärztinnen / Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Die beteiligten Ärztinnen / Ärzte, Einrichtungen bzw. Stellen entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.

☐ Ja ☐ Nein

Soweit die von mir beigefügten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem Sozialgesetzbuch IX. Teil (SGB IX) bzw. Sozialgesetzbuch XII. Teil (SGB XII) nicht ausreichen, erkläre ich mich ebenfalls damit einverstanden, dass die Träger der Sozialhilfe / der Kriegsopferfürsorge bzw. die beauftrage Stellen, den Sachverhalt weiter aufklären.

☐ Ja ☐ Nein

Folgende Ärztinnen/Ärzte, Einrichtungen bzw. Stellen schließe ich ausdrücklich von dieser Einwilligung aus:

Ort, Datum Unterschrift
(Antragsteller/in und /oder gesetzliche Vertreter/in)