

Anlage 7 Erklärung über die Entbindung von Schweigepflichten gemäß §§ 67 ff SGB X

Antragsteller/-in (Name, Vorname):

Rechtlicher Vertreter (Name, Vorname):

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass das Sozialamt des Landkreises Tuttlingen in ärztliche Unterlagen einsehen kann, soweit dies zur Entscheidung über die Gewährung von Leistungen nach Sozialgesetzbuch –Zwölftes Buch- (SGB XII) erforderlich ist.

Ich bin einverstanden, dass das Sozialamt des Landkreises Tuttlingen Auskünfte und Unterlagen wie Entlassungsberichte, Informationen über Untersuchungen und Befunde erhält, soweit es für die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII notwendig ist.

Die mich behandelnden Ärzte entbinde ich von ihrer Schweigepflicht.

Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass dem Sozialamt des Landkreises Tuttlingen meine Akte über die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII vom bisher zuständigen Träger bzw. über die Gewährung von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger zur Einsicht übersandt werden kann.

Ich bin ferner einverstanden, dass Auskünfte, soweit es für die Gewährung von Leistungen nach SGB XII erforderlich ist, bei anderen Sozialhilfe- und Sozialleistungsträgern, Jugendhilfeträgern und Bildungsträger, niedergelassene und praktizierende Ärzte, Kliniken, Beratungsstellen sowie dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen angefordert werden können.

Weitere Institutionen, die von der Schweigepflicht entbunden werden:

| |
|--|
| |
| |

Ort, Datum

Unterschrift des/r Antragstellers/-in/
rechtlichen Vertreters/in