

## Schweigepflichtentbindung

### Betreffend

Name,	Vorname	Geburtsdatum
Straße		PLZ
		Ort

Befreie/n ich/wir:

Inhaber der elterlichen Sorge/ Vormund/ gesetzlicher Vertreter

hiermit nachfolgend genannte Personen/Dienste/Institutionen/Behörden von der Schweigepflicht

Bitte nachfolgend die jeweiligen zuständigen Stellen mit Ortsangabe und ggf. Ansprechpartner ergänzen

Arzt/Facharzt: \_\_\_\_\_

Integrationsfachdienst (IFD): \_\_\_\_\_

Bundesagentur für Arbeit in \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsträgers \_\_\_\_\_

Kranken- und Pflegekasse, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Pflegestützpunkt in: \_\_\_\_\_

Jugendamt: \_\_\_\_\_

Klinik des aktuellen/letzten Krankenhausaufenthaltes: \_\_\_\_\_

Dienstleister/Leistungserbringer: \_\_\_\_\_

Sonstige Personen/Dienste/Institutionen/Behörden \_\_\_\_\_

gegenüber der/des zuständige(n) Mitarbeiter(in) der Fachstelle Eingliederungshilfe des Amtes für Teilhabe und Soziales der Stadt Oldenburg von der Schweigepflicht

Weiter gebe ich mein Einverständnis, das sich der/die zuständige(n) Mitarbeiter(in) der Fachstelle Eingliederungshilfe, soweit erforderlich mit folgenden Stellen austauschen darf:

gegenüber der/des zuständige(n) Mitarbeiter(in) des Teams der Hilfe zur Pflege des Amtes für Teilhabe und Soziales der Stadt Oldenburg

gegenüber der der/des zuständige(n) Mitarbeiter(in) des Teams der Existenzsicherung des Amtes für Teilhabe und Soziales der Stadt Oldenburg

Ich bin mit der Einholung aller/der/des ärztlichen/psychologischen/pädagogischen Untersuchungsergebnisse(s)/ Diagnose(n)/Therapiepläne/ Berichte/ Gutachten/ Stellungnahmen/Bescheide mündlicher und/oder schriftlicher Art sowie mit dem gegenseitigen Austausch der o.g. Personen über die darin enthaltenen Daten und aller Umstände einverstanden, soweit sie für die Entscheidung über die beantragte Hilfe erforderlich sind.

### Hinweis an den Antragsteller

Wir möchten Sie darüber informieren dass wir Daten die wir im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von Ihnen beantragten Leistung erhalten haben, an einen andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft oder Sozialhilfeträger/Rentenversicherungsträger) oder für eigene Aufgaben an einen sonstigen Dritten (z.B. einem anderen Gutachter) weitergeben dürfen, falls dies erforderlich ist. Das ergibt sich aus § 76 i. V. m. § 69 SGB X. Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit und ohne Angaben von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

Oldenburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, gesetzl. Vertretung