
Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Einwilligung/ Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht zur Vorlage beim Träger der Eingliederungshilfe zur Einleitung des Gesamtplanverfahrens nach dem SGB IX

1. Erklärung über die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Persönliche Angaben

(von der antragstellenden Person, bzw. Sorgeberechtigten/rechtlichen Betreuer/in selbst auszufüllen)

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ Wohnort)	
Name und Anschrift des/der Sorgeberechtigte/n bzw. des/der rechtlichen Betreuers/-in (Kopie der Bestellsurkunde/ des Betreuerausweises beifügen)	

Hiermit entbinde ich den Berufsgeheimnisträger:

meine/n behandelnde/n Arzt/Ärztin

von seiner/ihrer Schweigepflicht hinsichtlich meiner ihm/ihr vorliegenden personenbezogenen/medizinischen Daten zum Zweck der Durchführung des Gesamtplanverfahrens, soweit sie für diesen Zweck erforderlich sind. Von der Medizinischen Stellungnahme erhalte ich eine Ausfertigung.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die in diesem ärztlichen Bericht erhobenen Daten dem Träger der Eingliederungshilfe die rechtliche und fachliche Abklärung meines individuellen Hilfebedarfs ermöglichen sollen und zur Erstellung eines Gesamtplans nach §§ 117 ff. SGB IX für die Durchführung der einzelnen Maßnahmen bestimmt sind.

Ort, Datum	Unterschrift

2. Datenschutzrechtliche Einwilligungen

Datenverarbeitung Bezirk

Ich bin damit einverstanden, dass der Bezirk **Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.** Auskünfte aus ärztlichen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, erhebt und verarbeitet (§ 100 Abs. 1 Nr. 2 SGB X).

Ja Nein

Weitergabe von Daten an andere Dritte

Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe die im Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Rehabilitationsträger und Sozialleistungsträger (z. B. Rentenversicherungsträger, Kranken- und Pflegeversicherung) weitergeben darf, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 des SGB X).

Ja Nein

Ort, Datum	Unterschrift

3. Widerspruchs- und Widerrufsrecht

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden,

- dass ich der Übermittlung meiner Sozialdaten generell vorab widersprechen kann (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X)

und

- dass ich diese Einwilligungen/ärztliche Schweigepflichtsentbindung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (§ 67b Abs. 2 Satz 3 SGB X).

Ein Widerruf berührt die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Datenverarbeitungen nicht.

Der Widerspruch bzw. Widerruf kann schriftlich oder elektronisch erfolgen.

4. Mitwirkungspflichten

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie bzw. die von Ihnen vertretene nachfragende Person im Rahmen der Antragstellung verpflichtet sind/ist, alle Tatsachen anzugeben, die für die Bewilligung der Leistung erheblich sind, entsprechende, relevante Nachweise vorzulegen, sich auf Verlangen ärztlichen und/oder psychologischen Untersuchungen zu unterziehen. Kommen Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann nach § 66 SGB I die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden.

5. Informationen zu den Rechtsgrundlagen und zum Datenschutz

Verantwortlicher i. S. d. DSGVO:

Bezirk

Datenschutzbeauftragter:

Wir verweisen auf die Datenschutzhinweise zu den Informationspflichten des Bezirks nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit § 82 SGB X und § 82a SGB X (abrufbar unter).

Weitere Rechtsgrundlagen, die im Zusammenhang mit der Schweigepflichtsentbindung von Bedeutung sind:

- § 35 SGB I (Sozialgeheimnis)
- §§ 117 ff SGB IX i. V. m. §§ 67 ff. SGB X (Datenverarbeitung und -nutzung)
- §§ 60 – 67 SGB I (Mitwirkungspflichten)
- § 25 SGB X (Akteneinsicht)
- § 76 SGB X (Besonders schutzwürdige Sozialdaten)
- § 67 b Abs. 2 SGB X i. V. m. Artikel 7 EU-DSGVO (Bedingungen für die Einwilligung)