

Ermittlung des individuellen Bedarfes für Leistungen der Teilhabe in Bayern

Name des Verfassers/der Verfasserin und Anschrift der erstellenden Dienststelle/Institution

Anschrift:

Dienststelle/ Institution:

Straße:

Postleitzahl/ Ort:

An den Leistungsträger Bezirk

Arzt/Ärztin:

Fachrichtung:

Tel.

Fax:

E-Mail:

Der Arztbericht wurde erstellt am:

Medizinische Stellungnahme

zum Vorliegen von körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen und damit zusammenhängenden Beeinträchtigungen der Körperfunktionen

Die in dieser Medizinischen Stellungnahme erhobenen Daten dienen ausschließlich der rechtlichen und fachlichen Bedarfsermittlung des individuellen Hilfebedarfs:

- nach Maßgabe der §§ 53 und 142 SGB XII (in der ab 01.01.2018 bis 31.12.2019 geltenden Fassung) i.V.m. § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB IX und
- entsprechend den ab 01.01.2020 geltenden gesetzlichen Bestimmungen des§ 118 SGB IX i.V.m. § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.

Diese Stellungnahme ist wesentlicher Bestandteil einer personenzentrierten Bedarfserhebung und stellt eine grundlegende Voraussetzung für eine kooperative und systematische Erstellung eines Gesamtplanes für eine personenzentrierte Hilfestellung dar. Die antragstellende Person erhält eine Ausfertigung dieses Berichts.

Es wird gebeten, das vorgegebene Schema zu verwenden und Angaben möglichst vollständig und umfassend zu machen.

Anlagen:

Schweigepflichtentbindung (2-fach)

Rechtliche Erläuterungen

Erläuterungen zur DSGVO

1. Personalien des Patienten:

Name
Vorname
Geb.-Datum
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)

2. Relevante Diagnose(n) nach ICD-10¹⁾:

Pflichtfeld

2.1 Diagnosebegründende Befunde:

(z. B. Fachärztl. Gutachten, Entlassungsberichte medizinischer Einrichtungen, SPZ/MZEB; IQ-Testungen mit Ergebnis usw.)

Pflichtfeld

3. ICF-basierte Beschreibung der Einschränkungen der Körperfunktionen²⁾

(physiologische Funktionen von Körpersystemen, einschließlich psychologischer Funktionen)

3.1 Liegen Beeinträchtigungen mentaler Funktionen nach Kapitel 1 der Körperfunktionen der ICF vor?

ja

nein

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor? Sind die Beeinträchtigungen (1) leicht, (2) mäßig, (3) erheblich oder (4) vollständig? Bitte erläutern Sie Ihre Einschätzung.

Einschätzung zu Beeinträchtigungen der Körperfunktionen auf Ebene der Items nur, soweit konkret zutreffend	Schweregrad 1 - 4	Erläuterung zum Schweregrad der Beeinträchtigung
1. Mentale Funktionen		
<i>Globale mentale Funktionen(b110 – b139)</i>		
b110 Funktionen des Bewusstseins		
b114 Funktionen der Orientierung		
b117 Funktionen der Intelligenz		
b122 Globale psychosoziale Funktionen		
b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit		
b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs		
b134 Funktionen des Schlafes		
b139 Globale mentale Funktionen, anders oder nicht spezifiziert		
<i>Spezifische mentale Funktionen (b140 – b189)</i>		
b140 Funktionen der Aufmerksamkeit		
b144 Funktionen des Gedächtnisses		
b147 Psychomotorische Funktionen		
b152 Emotionale Funktionen		
b156 Funktionen der Wahrnehmung		
b160 Funktionen des Denkens		
b164 Höhere kognitive Funktionen		
b167 Kognitiv-sprachliche Funktionen		
b172 Das Rechnen betreffende Funktionen		
b176 Mentale Funktionen, die die Durchführung komplexer Bewegungshandlungen betreffen		
b180 Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen		
b189 Spezielle mentale Funktionen, anders oder nicht spezifiziert		

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

ja nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung zu welchen Merkmalen, Abschnitten?

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

ja nein

wenn ja; welche?

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

ja nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

3.2 Liegen Beeinträchtigungen von Sinnesfunktionen und Schmerz nach Kap. 2 der Körperfunktionen der ICF vor?

ja nein

Falls ja, in welchen Abschnitten liegen Beeinträchtigungen vor? Sind die Beeinträchtigungen (1)leicht, (2)mäßig, (3)erheblich oder (4)vollständig? Bitte erläutern Sie Ihre Einschätzung

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

ja nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung zu welchen Merkmalen?

Einschätzung zu Beeinträchtigungen der Körperfunktionen auf Ebene der Items nur, soweit im konkreten Einzelfall zutreffend	Schweregrad 1 – 4	Erläuterung zum Schweregrad der Beeinträchtigung
2.Sinnesfunktionen und Schmerz		
Seh- und verwandte Funktionen (b210-b229)		
b210 Funktionen des Sehens (Sehsinn)		
b215 Funktionen von Strukturen, die in Verbindung mit dem Auge stehen		
b220 Mit dem Auge und angrenzenden Strukturen verbundene Empfindungen		
b229 Seh- und verwandte Funktionen, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
Hör- und Vestibularfunktionen (b230-b249)		
b230 Funktionen des Hörens (Hörsinn)		
b235 Vestibuläre Funktionen		
b240 Mit dem Hör- und vestibulären Funktionen verbundene Empfindungen		
b249 Hör- und Vestibularfunktionen, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
Weitere Sinnesfunktionen (b250-b279)		
b250 Funktionen des Schmeckens (Geschmackssinn)		
b255 Funktionen des Riechens		
b260 Die Proprioception betreffende Funktionen		
b265 Funktionen des Tastens (Tastsinn)		
b270 Sinnesfunktionen bezüglich Temperatur und anderer Reize		
b279 Weitere Sinnesfunktionen, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
Schmerz (b280-b299)		
b280 Schmerz		
b289 Schmerz, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
b298 Sinnesfunktionen und Schmerz, anders spezifiziert		
b299 Sinnesfunktionen und Schmerz, nicht spezifiziert		

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

ja nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung zu welchen Merkmalen, Abschnitten?

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

ja nein
 wenn ja; welche?

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

ja nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

3.3 Liegen Beeinträchtigungen der Stimm- und Sprechfunktionen nach Kap. 3 der Körperfunktionen der ICF vor?

ja nein

Falls ja, in welchen Abschnitten liegen Beeinträchtigungen vor? Sind die Beeinträchtigungen (1) leicht, (2) mäßig, (3) erheblich oder (4) vollständig? Bitte erläutern Sie Ihre Einschätzung

Einschätzung zu Beeinträchtigungen der Körperfunktionen	Schweregrad 1 – 4	Erläuterung zum Schweregrad der Beeinträchtigung
3. Stimm- und Sprechfunktionen		
b310 Funktionen der Stimme		
b320 Artikulationsfunktionen		
b330 Funktionen des Redeflusses und Sprechrhythmus		
b340 Alternative stimmliche Äußerungen		
b398 Stimm- und Sprechfunktionen, anders spezifiziert		
b399 Stimm- und Sprechfunktionen, nicht spezifiziert		

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

ja nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung zu welchen Merkmalen, Abschnitten?

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

ja nein
 wenn ja; welche?

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

ja nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

3.4 Liegen Beeinträchtigungen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems (bei Kindern und Jugendlichen einschließlich Entwicklungsverzögerungen) nach Kap. 4 der Körperfunktionen der ICF (bei Kindern und Jugendlichen: ICF-CY) vor?

ja

nein

Falls ja, in welchen Abschnitten liegen Beeinträchtigungen vor? Sind die Beeinträchtigungen (1) leicht, (2) mäßig, (3) erheblich oder (4) vollständig? Bitte erläutern Sie Ihre Einschätzung.

Einschätzung zu Beeinträchtigungen der Körperfunktionen	Schweregrad 1 - 4	Erläuterung zum Schweregrad der Beeinträchtigung
4. Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems		
Funktionen des kardiovaskulären Systems (b410-b429)		
b410 Herzfunktionen		
b415 Blutgefäßfunktionen		
b420 Blutdruckfunktionen		
b429 Funktionen des kardiovaskulären Systems, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
Funktionen des hämatologischen und des Immunsystems (b430-439)		
b430 Funktionen des hämatologischen Systems		
b435 Funktionen des Immunsystems		
b439 Funktionen des hämatologischen und Immunsystems, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
Funktionen des Atmungssystems (b440-449)		
b440 Atmungsfunktionen		
b445 Funktionen der Atemmuskulatur		
b449 Funktionen des Atmungssystems, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
Weitere Funktionen und Empfindungen, die das kardiovaskuläre und Atmungssystem betreffen (b450-b469)		
b450 Weitere Atmungsfunktionen		
b455 Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit		
b460 Mit dem kardiovaskulären und Atmungssystem verbundene Empfindungen		
b469 Weitere Funktionen und Empfindungen des kardiovaskulären und Atmungssystem anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
b498 Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems anders spezifiziert		
b499 Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems, nicht spezifiziert		

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

ja nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung zu welchen Merkmalen, Abschnitten?

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

ja nein

wenn ja; welche?

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

ja nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

3.5 Liegen Beeinträchtigungen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems nach Kap. 5 der Körperfunktionen der ICF vor?

ja nein

Falls ja, in welchen Abschnitten liegen Beeinträchtigungen vor? Sind die Beeinträchtigungen (1) leicht, (2) mäßig, (3) erheblich oder (4) vollständig? Bitte erläutern Sie Ihre Einschätzung.

Einschätzung zu Beeinträchtigungen der Körperfunktionen	Schweregrad 1 - 4	Erläuterung zum Schweregrad der Beeinträchtigung
5. Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems		
Funktionen im Zusammenhang mit dem Verdauungssystem (b510-b539)		
b510 Funktionen der Nahrungsaufnahme		
b515 Verdauungsfunktionen		
b520 Funktionen der Nahrungsmittelassimilation		
b525 Defäkationsfunktionen		
b530 Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts		
b535 Mit dem Verdauungssystem verbundene Empfindungen		
b539 Funktionen im Zusammenhang mit dem Verdauungssystem, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
Funktionen im Zusammenhang mit dem Stoffwechsel- und dem endokrinen System (b540-b559)		
b540 Allgemeine Stoffwechselfunktionen		
b545 Funktionen des Wasser-, Mineral- und Elektrolythaushalts		
b550 Funktionen der Wärmeregulation		
b555 Funktionen der endokrinen Drüsen		
b559 Funktionen im Zusammenhang mit dem Stoffwechsel- und dem endokrinen System, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
b598 Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und des endokrinen Systems, anders spezifiziert		
b599 Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und des endokrinen Systems, nicht spezifiziert		

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

ja

nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung zu welchen Merkmalen, Abschnitten?

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

ja

nein

wenn ja; welche?

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

ja

nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

3.6 Liegen Beeinträchtigungen des Urogenital- und reproduktiven Systems nach Kap. 6 der Körperfunktionen der ICF vor?

ja nein

Falls ja, in welchen Abschnitten liegen Beeinträchtigungen vor? Sind die Beeinträchtigungen (1) leicht, (2) mäßig, (3) erheblich oder (4) vollständig? Bitte erläutern Sie Ihre Einschätzung

Einschätzung zu Beeinträchtigungen der Körperfunktionen	Schweregrad 1 - 4	Erläuterung zum Schweregrad der Beeinträchtigung
6. Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems		
Funktionen der Harnbildung und Harnausscheidung (b610-b639)		
b610 Harnbildungsfunktionen		
b620 Miktionsfunktionen		
b630 Mit der Harnbildung und -ausscheidung verbundene Empfindungen		
b639 Funktionen der Harnbildung und -ausscheidung verbundene Empfindungen		
Genital- und reproduktive Funktionen (b640-b679)		
b640 Sexuelle Funktionen		
b650 Menstruationsfunktionen		
b660 Fortpflanzungsfunktionen		
b670 Mit dem Genital- und reproduktiven Funktionen verbundene Empfindungen		
b679 Genital- und reproduktive Funktionen, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
b698 Funktionen des Urogenitalsystems und der Reproduktion, anders spezifiziert		
b699 Funktionen des Urogenitalsystems und der Reproduktion, nicht spezifiziert		

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?
 ja nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung zu welchen Merkmalen, Abschnitten?

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?
 ja nein
 wenn ja; welche?

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?
 ja nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

3.7 Liegen Beeinträchtigungen der neuromuskuloskeletalen und bewegungsbezogenen Funktionen nach Kap. 7 der Körperfunktionen der ICF vor?

ja nein

Falls ja, in welchen Abschnitten liegen Beeinträchtigungen vor? Sind die Beeinträchtigungen (1) leicht, (2) mäßig, (3) erheblich oder (4) vollständig? Bitte erläutern Sie Ihre Einschätzung

Einschätzung zu Beeinträchtigungen der Körperfunktionen	Schweregrad 1 - 4	Erläuterung zum Schweregrad der Beeinträchtigung
7. Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen		
Funktionen der Gelenke und Knochen (b710-b729)		
b710 Funktionen der Gelenkbeweglichkeit		
b715 Funktionen der Gelenkstabilität		
b720 Funktionen der Beweglichkeit der Knochen		
b729 Funktionen der Gelenke und Knochen, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
Funktionen der Muskeln (b730-b749)		
b730 Funktionen der Muskelkraft		
b735 Funktionen des Muskeltonus		
b740 Funktionen der Muskelausdauer		
b749 Funktionen der Muskeln, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
Funktionen der Bewegung (b750-b789)		
b750 Funktionen der motorischen Reflexe		
b755 Funktionen der unwillkürlichen Bewegungsreaktionen		
b760 Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen		
b765 Funktionen der unwillkürlichen Bewegungen		
b770 Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen		
b780 Mit den Funktionen der Muskeln und der Bewegung im Zusammenhang stehende Empfindungen		
b789 Funktionen der Bewegung, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
b798 Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen, anders spezifiziert		
b798 Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen, nicht spezifiziert		

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?
 ja nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung zu welchen Merkmalen, Abschnitten?

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

- ja
 nein
 wenn ja; welche?

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

- ja
 nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

3.8 Liegen Beeinträchtigungen der Haut und der Hautanhangsgebilde nach Kap. 8 der Körperfunktionen der ICF vor?

- ja
 nein

Falls ja, in welchen Abschnitten liegen Beeinträchtigungen vor? Sind die Beeinträchtigungen (1) leicht, (2) mäßig, (3) erheblich oder (4) vollständig? Bitte erläutern Sie Ihre Einschätzung

Einschätzung zu Beeinträchtigungen der Körperfunktionen	Schweregrad 1 - 4	Erläuterung zum Schweregrad der Beeinträchtigung
8. Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde		
Funktionen der Haut (b810-b849)		
b810 Schutzfunktionen der Haut		
b820 Heilfunktionen der Haut		
b830 Andere Funktionen der Haut		
b840 Auf die Haut bezogenen Empfindungen		
b849 Funktionen der Haut, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
Funktionen des Haars und der Nägel (b850-869)		
b850 Funktionen des Haars		
b860 Funktionen der Nägel		
b869 Funktionen des Haars und der Nägel, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
b898 Funktionen der Haut und verwandter Strukturen, anders spezifiziert		
b899 Funktionen der Haut und verwandter Strukturen, nicht spezifiziert		

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

- ja
 nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung zu welchen Merkmalen, Abschnitten?

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

- ja nein
 wenn ja; welche?

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

- ja nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

4. Bei der begutachteten Person liegen zum Zeitpunkt der Befunderhebung

- körperliche,
 seelische,
 geistige,

Beeinträchtigungen oder

- Folgen einer Suchterkrankung,
 Sinnesbeeinträchtigungen

vor, die nach der Einschätzung des/der Unterzeichnenden sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an einer gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.

Erläuterung:

Eine Beeinträchtigung in diesem Sinne liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

- keine Beeinträchtigungen

Ist die begutachtete Person deshalb aus Ihrer Sicht als Mensch mit Behinderung an der Teilhabefähigkeit an der Gesellschaft wesentlich eingeschränkt?*

- Nein
 Ja, eine Behinderung liegt bereits vor
 Nein, aber eine Behinderung droht³⁾

³⁾ Menschen sind von einer Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung im o.g. Sinne zu erwarten ist.

- kann nicht abschließend beurteilt werden.

(* § 2 Abs. 1 SGB IX, i.V.m. § 53 SGB XII und §§ 1-3 der Eingliederungshilfeverordnung; Verordnung gem. § 60 SGB XII)²⁾

5. Liegen medizinische Gründe für eine Erwerbsminderung vor?

Nein

Ja (Bitte nachfolgende Fragen beantworten)

Dauernd

Vorübergehend

Erläuterung

6. Sollte aufgrund der unter Nr. 3 beschriebenen Beeinträchtigungen die Notwendigkeit von Pflegeleistungen geprüft werden?

Nein

Ja

Sind Pflegerische Leistungen bereits anerkannt?⁵⁾

Ja

Bekannter Pflegegrad? (Grad eintragen)

Zu berücksichtigende Besonderheiten (z .B. Kranken- und Behandlungspflege):

7. Die Behinderung(en) ist/sind die Folge⁷⁾

eines Unfalls (auch Unfall der Mutter während der Schwangerschaft)

eines Impfschadens

einer Wehrdienst- bzw. Zivildienstbeschädigung

einer Gewalttat/Vertreibung/Verfolgung

Entfällt/ Nicht bekannt.

eines Geburtsschaden (aufgrund Verschuldens Dritter, Behandlungsfehler)

8. Liegt ein Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB vor? (

- Nein
- Ja, eingeleitet. (Wenn bekannt Datum und zuständiges Betreuungsgericht benennen.)
- Ja, genehmigt. (Wenn bekannt, Aktenzeichen des Beschlusses und Dauer benennen.)

9. Weitere Anmerkungen:⁸⁾

Die betroffene Person hat den behandelnden bzw. mit dieser medizinischen Stellungnahme beauftragten Arzt/Ärztin von der Schweigepflicht entbunden und ihre Einwilligung zur Übermittlung der ärztlichen Informationen an den Sozialhilfeträger erklärt (siehe beigegefügte Anlage in zweifacher Ausfertigung), soweit sie für die Entscheidung über die Einleitung von Leistungen / Hilfen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII erforderlich sind. Insoweit besteht für Sie als Arzt/Ärztin gem. § 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB X die Verpflichtung, dem Sozialhilfeträger die entsprechenden Auskünfte in dieser medizinischen Stellungnahme zu erteilen. (Schweigepflichtentbindung liegt bei).

Die Medizinische Stellungnahme wurde erstellt:

- Berichterstatter ist behandelnder Arzt/Ärztin. Wenn ja, seit**
- Erstellt aufgrund eigener ärztlicher Untersuchung am**
- Erstellt aufgrund vorliegender Unterlagen/ vorliegender Arztbriefe/ oder sonstiger Erkenntnisse**
- Folgende Personen haben bei der Erstellung dieser Medizinischen Stellungnahme mitgewirkt:**

Ort, Datum

Unterschrift des/der Arztes/ Ärztin

**Anlage zur Medizinischen Stellungnahme
zur Einleitung von Leistungen der Eingliederungshilfe
nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch
als Vorlage beim Sozialhilfeträger**

Einwilligung / Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die in dieser Medizinischen Stellungnahme erhobenen Daten dem Sozialhilfeträger die sozialhilferechtliche und fachliche Abklärung meines individuellen Hilfebedarfs ermöglichen sollen und zur Erstellung eines Gesamtplans nach § 58 SGB XII für die Durchführung der einzelnen Maßnahmen bestimmt sind.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass der Sozialhilfeträger nach § 66 SGB I seine Leistungen bis zur Nachholung meiner Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung beispielsweise durch Verweigerung dieser Einwilligungserklärung nicht nachgewiesen sind.

Nach Maßgabe meiner Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 ff. SGB I zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts erkläre ich Folgendes:

Soweit zur Erstellung der medizinischen Stellungnahme die Einholung von Informationen durch den ärztlichen Berichterstatter bei den von mir benannten dritten Personen und Stellen wie insbesondere weiteren behandelnden Ärzten oder Einrichtungen erforderlich ist, willige ich in die Erhebung und Mitteilung entsprechender Informationen ein. Ebenso erteile ich meine Einwilligung in die Übermittlung der zur Zweckerfüllung dieser medizinischen Stellungnahme erforderlichen Daten über meine Gesundheit an den Sozialhilfeträger.

Im oben genannten Umfang entbinde ich die beteiligten Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift der nachfragenden Person

Unterschrift des / der gesetzlichen Betreuer/in