

**Einverständniserklärung zur Entbindung von der ärztlichen
Schweigepflicht
(datenschutzrechtliche Einwilligung)**

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
PLZ, Wohnort:
Straße:

Gesetzlicher Vertreter: (Name, Adresse, Telefonnummer)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

**das Gesundheitsamt und das Sozialamt des Landkreises Anhalt-Bitterfeld
06359 Köthen (Anhalt)**

die für die Stellungnahme der Sozialagentur Sachsen-Anhalt und der Kostenübernahme des Landkreises Anhalt-Bitterfeld im Namen der Sozialagentur Sachsen-Anhalt erforderlichen Auskünfte einholt und die medizinischen Unterlagen (insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befunde, Untersuchungsergebnisse, MDK-Gutachten und sonstige medizinische Unterlagen) von Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträger und gleichgestellten Stellen bezieht.

Insbesondere entbinde ich meine behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber dem Amtsarzt zum Zwecke der Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich keine Einschränkungen vornehme, auch auf die Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/ Behandlungen.

Ich genehmige die Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Weiterhin gebe ich mein Einverständnis zur Anforderung von Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und der Gutachten durch den Amtsarzt an das Sozialamt des Landkreises Anhalt-Bitterfeld

Raum für etwaige Einschränkungen des Einverständnisses:

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift