



**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

**der Fachbereich Verbraucherschutz, Veterinärwesen und Gesundheit sowie der  
Fachbereich Soziales, Senioren und Inklusion  
des Landkreises Anhalt-Bitterfeld in 06359 Köthen (Anhalt)**

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

Insbesondere entbinde ich meine behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber dem Amtsarzt zum Zwecke 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 den Fachbereich Soziales, Senioren und Inklusion des Landkreises Anhalt-Bitterfeld.

*Raum für etwaige Einschränkungen des Einverständnisses:*

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Unterschrift