

Anlage:
**Erklärung zum Datenschutz und Befreiung von der
ärztlichen Schweigepflicht**

I. Angaben zur Person

- Bitte in Blockschrift ausfüllen -

<p style="text-align: center; font-size: small;">Nur angeben, wenn oben nicht eingedruckt!</p> <p>1. Name _____</p> <p>Vorname _____</p> <p>Geburtsdatum _____</p> <p>tagsüber tel. zu erreichen unter: _____</p>	<p>2. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (sofern geändert)</p> <p>Straße, Hausnummer: _____</p> <p>Postleitzahl, Ort: _____</p> <hr/> <p>3. Sind Sie erwerbstätig? ja <input type="checkbox"/></p>
--	---

Sofern beigelegte Unterlagen nicht ausreichen, **erkläre ich mich damit einverstanden**, dass das Landratsamt die in diesem Verwaltungsverfahren und in einem evtl. sich anschließenden Vorverfahren erforderlichen Auskünfte und Unterlagen von allen angegebenen Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, gesetzlichen und privaten Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste, Behörden und sonstigen Einrichtungen bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich **entbinde** Ärzte, sonstige beteiligte Personen und Stellen von ihrer **Schweigepflicht** und **stimme** der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen **ausdrücklich zu**.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die dem Landratsamt im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem SGB IX bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger (z.B. Renten- oder Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i.V.m. § 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch, SGB X) und ich **dem widersprechen** kann.

Die beigelegten Hinweise zum Datenschutz habe ich ebenfalls zur Kenntnis genommen.

Ort/Datum

Unterschrift