

Schweigepflichtentbindungserklärung

Im Zusammenhang mit amtsärztlichen/versorgungsärztlichen Untersuchungen in Sozialhilfe-, Landespflegegeld-, Landesblindengeld- und Bundesversorgungsangelegenheiten

I. Hinweise

Da die Entscheidung über die Leistung von Sozialhilfe/Landespflegegeld/Landesblindengeld/Versorgungsansprüchen nach dem BVG von Ihrem Gesundheitszustand abhängt, benötigen wir ein amtsärztliches Gutachten des zuständigen Gesundheitsamtes bzw. Amtes für soziale Angelegenheiten.

Das Gutachten muss die für die Entscheidung notwendigen Angaben enthalten; **hierzu gehören** – soweit – diese im Einzelfalle erforderlich ist – die Diagnose sowie die Stellungnahme zu Umfang und Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung bzw. Behinderung.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist Ihre Einwilligung dazu erforderlich, dass

1. wir das zuständige Gesundheitsamt bzw. Amt für soziale Angelegenheiten beauftragen, Sie amtsärztlich/versorgungsärztlich zu untersuchen und
2. das Gesundheitsamt bzw. Amt für soziale Angelegenheiten uns das aufgrund der amtsärztlichen/versorgungsärztlichen Untersuchung erstellte Gutachten zuleitet.

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir berechtigt sind, die Leistungen von Sozialhilfe/Landespflegegeld/Landesblindengeld/ Versorgungsansprüchen nach BVG abzulehnen bzw. zu entziehen, wenn und solange Sie sich weigern sollten, an einer zumutbaren Untersuchung mitzuwirken, wenn hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert wird.

II. Erklärung

Name, Vorname der nachfragenden Person:

Geburtsdatum:

PLZ, Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

In Kenntnis der vorstehenden Hinweise **erkläre ich** mich damit einverstanden, dass die **_____** das zuständige Gesundheitsamt bzw. Amt für soziale Angelegenheiten mit der Durchführung einer amtsärztlichen/versorgungsärztlichen Untersuchung beauftragt und dass das Gesundheitsamt/das Amt für soziale Angelegenheiten das aufgrund der amtsärztlichen/versorgungsärztlichen Untersuchung erstellte Gutachten **_____** zuleitet.

Darüber hinaus entbinde ich den/die nachfolgend genannten Arzt/Ärzte von seiner/ihrer Schweigepflicht.

Name, Anschrift des/der behandelnden Arztes / Ärzte

Datum

Unterschrift

- ☐ der nachfragenden Person (Pflegebedürftigen)
- ☐ des Bevollmächtigten (Kopie der Vollmacht ist beigelegt)
- ☐ des Betreuers (Kopie der Bestattungsurkunde ist beigelegt)
- ☐ des gesetzlichen Vertreters (bei Minderjährigen)