

Vordruck B.2: Entbindung von der Schweigepflicht

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	E-Mail:
Sorgeberechtigte*r oder ggfs. Betreuer*in mit Wirkungskreis Gesundheitssorge	
Name:	Vorname:
Sorgeberechtigte*r oder ggfs. Betreuer*in mit Wirkungskreis Gesundheitssorge	
Name:	Vorname:
Anschrift:	
Telefonnummer:	E-Mail:

Um eine zügige Antragsbearbeitung zu gewährleisten, bittet die Region Hannover um die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte bestätigen Sie Ihr Einverständnis (ggf. mit Einschränkungen) am Ende der Seiten. Sollten Sie nicht einverstanden sein oder Fragen haben, dann nehmen Sie bitte schnell Kontakt auf.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Region Hannover - Fachbereich Teilhabe - die Auskünfte und medizinischen Unterlagen (insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundscheine, Untersuchungsbefunde, Pflege- und Betreuungsgutachten, Verlaufsberichte, Zeugnisse) von den von mir in diesem Antrag benannten Ärzt*innen, Krankenhäuser, dem Sozialpsychiatrischer Dienst, Behörden, Gesundheitsämtern, der LHH, Gerichten, Sozialleistungsträgern, sozialen Einrichtungen, Schulen, Kindertagesstätten, Verfahrenslots*innen sowie von gesetzlichen und privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen - auch soweit sie von anderen Ärzt*innen oder Stellen erstellt worden sind - in dem Umfange bezieht, wie diese für die Prüfung des Anspruchs auf Eingliederungshilfe erforderlich sind. Gegenüber den zuständigen Verfahrenslots*Innen darf Region Hannover - Fachbereich Teilhabe – Auskunft erteilen.

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meine Schweigepflichtentbindung nicht beschränkt habe, auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte stattgefunden haben, werde ich der Region Hannover - Fachbereich Teilhabe - unverzüglich mitteilen. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts Anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein eventuelles anschließendes Widerspruchsverfahren (soweit rechtlich vorgesehen). Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigte Unterlagen. Insoweit entbinde ich die von der Region Hannover - Fachbereich Teilhabe - ersuchten Ärzt*innen, Krankenhäuser, andere Behandlungsstätten, Behörden, Schulen, Kindertagesstätten, gesetzliche und private Kranken- und Pflegeversicherungen von ihrer Schweigepflicht. Ärzt*innen des Fachbereichs Teilhabe der Region Hannover entbinde ich gegenüber den Mitarbeitenden des Fachbereichs Teilhabe und des Fachbereichs Soziales von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Feststellung meines Anspruchs auf Eingliederungshilfe erforderlich ist.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Bedarfsfall meine personenbezogenen Daten an die Organisationseinheit Hilfe zur Pflege der Region Hannover übermittelt werden, um Feststellungen zu einem eventuell bestehenden Pflegegrad treffen zu können. Im Bedarfsfall erkläre ich mich einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten an die Organisationseinheit Schülerbeförderung der Region Hannover übermittelt werden, um Feststellungen zur Vorrangigkeit mit der dortigen Sammelbeförderung treffen zu können. Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich der Übermittlung meiner Sozialdaten generell vorab widersprechen kann und dass ich diese Einwilligungen/ärztliche Schweigepflichtentbindung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Datenverarbeitungen nicht.

Folgende Personen/ Institutionen entbinde ich von der Schweigepflicht:

☐ **Behandelnde Ärzt*innen**

Name:

Anschrift:

Name:

Anschrift:

Name:

Anschrift:

☐ **S P Z (Medizin, Psychologie, Therapie)**
Hannover

☐ **Krankenhaus / Institution**

Name:

Anschrift:

Name:

Anschrift:

Name:

Anschrift:

Name:

Anschrift:

☐ **Therapeut*innen / Hausfrühförderung / Kindergarten / Schule / Einrichtungen / Wohnheim / Werkstatt / Tagesförderstätte**

Name:

Anschrift:

Name:

Anschrift:

Name:

Anschrift:

Name:

Anschrift:

- ☐ Fachbereich Soziales/Sozialamt der Kommunen
- ☐ Agentur für Arbeit (arbeitsamtsärztliche und psychologische Gutachten/Befunde einschließlich Fremdbefunde/Testungen)
- ☐ Berufspsychologischer Service
- ☐ Sonstiges:
- ☐ Verfahrensslots*innen, Name

- ☐ Fachbereich Jugend/KSD/ASD
- ☐ 51.15 (Jugendärztlicher Dienst)
- ☐ Sozialpsychiatrischer Dienst, Beratungsstelle:
-
- ☐ Medizinischer Dienst

☐ Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (ehemals Versorgungsamt)
Aktenzeichen:

Name:
Anschrift:

☐ Amtsgericht
Aktenzeichen:

Name:
Anschrift:

☐ Ich beschränke meine Entbindungserklärung folgendermaßen:

Meine Schweigepflichtentbindung ist unbegrenzt gültig. Ich kann sie jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen.

Datum

Unterschrift 1 (Antragstellende Person/berechtigte Vertretung)

Datum

Unterschrift 2 (Antragstellende Person/berechtigte Vertretung)