Aktenzeichen: 405033

Schweigepflichtentbindung

Name, Vorname:	**Geburtsdatum:**
Anschrift:	
Angaben zu gesetzlichem Vertreter:	

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärzte, die Kranken- und Pflegekassen (MDK-Gutachten), sowie sämtliche am Verfahren beteiligten Personen, die fachliche Stellungnahmen beitragen können, von der Schweigepflicht.

Beurteilungen dieser Personen sind insbesondere wesentlich, damit das Gesundheitsamt eine sozialmedizinische Stellungnahme erstellen kann, die wiederum zur Entscheidungsfindung über eine Maßnahme der Eingliederungshilfe entscheidend ist.

Der Landkreis Celle – Abteilung Eingliederungshilfe –, die psychosoziale Beratungsstelle und das Gesundheitsamt sind demnach berechtigt, Feststellungen zu meinem Gesundheitszustand und meines Hilfebedarfes zu treffen.

Diese Ermittlung erfolgt nur unter der Voraussetzung, dass die beantragten Hilfeleistungen von diesen Urteilen bzw. Stellungnahmen abhängen.

Insbesondere willige ich in die Weitergabe von Stellungnahmen und den Erhalt von Informationen an bzw. von folgenden Stellen ein:

- das Gesundheitsamt des Landkreises Celle
- die Abteilung Kinder-, Jugend- und Familienhilfe des Landkreises Celle
- die Psychosoziale Beratungsstelle der Diakonie Celle
- die aufnehmende Einrichtung
- ambulante Leistungsanbieter
- Sozialversicherungsträger
- Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse

_____

Ort, Datum

_____

Unterschrift