

Schweigepflichtentbindung

Ich (Name, Vorname), geboren am (tt.mm.jjjj)
bin über die gesetzliche Schweigepflicht umfassend unterrichtet worden.

Ich entbinde
– meine Ärzte (ambulant/stationär):

<u>Name Ärzte / Kliniken:</u>	<u>vollständige Adresse:</u>	<u>Behandlungszeitraum:</u>
.....
.....
.....
.....

– meinen gesetzliche/n Betreuer/in:

<u>Name gesetzl. Betreuer/in:</u>	<u>vollständige Adresse:</u>
.....

– Angehörige/Kontaktpersonen (z. B. Vater, Mutter, Geschwister, Ehepartner, Kinder, Sonstige Angeh.):

<u>Name:</u>	<u>vollständige Adresse:</u>	<u>Verwandtschaftsverhältnis:</u>
.....
.....

– Leistungsträger (Rentenversicherung, Krankenkasse, Arbeitsamt, Jugendamt, Bezirke u.ä.), die meine berufliche und soziale Integration fördern,

von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber den Diensten der RPK Bad Tölz der ReAL gGmbH, Schulgraben 2, 83646 Bad Tölz, sowie den Mitarbeitern der RPK Bad Tölz für die im Rahmen der Begleitungs- und Unterstützungsarbeit erforderlichen Auskünfte, Aufzeichnungen, Befunde und Gutachten.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch für die Mitarbeiter der RPK Bad Tölz gegenüber meinen Ärzten und meinem gesetzlichen Betreuer, Sozialdienst Mitarbeiter und meinen Angehörigen sowie anderen Leistungsträgern, die meine berufliche und soziale Integration fördern.

Schweigepflichtentbindung

Ich willige ein, dass zur Abklärung der Kostenfrage die der RPK Bad Tölz überlassenen Arztberichte an die in Frage kommenden Kostenträger (Rentenversicherung, Krankenkasse, Arbeitsamt, Jugendamt, Bezirke u.ä.) übersandt werden dürfen.

Mir ist weiterhin bekannt, dass eine Übermittlung personenbezogener Daten und Sozialdaten entsprechend gesetzlicher Vorgaben aus der Sozialgesetzgebung (SGB) stattfindet.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die bedarfsgerechte Betreuung nach SGB XII „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ sowie nach SGB IX „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“, die für meine Belange wesentlich sind. Ich ermögliche hiermit die Einholung und Übermittlung von Informationen oder Stellungnahmen.

Diese Erklärung ist zu jedem Zeitpunkt widerrufbar. Ansonsten gilt sie über meinen Tod hinaus.

Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie über die Folgen einer Verweigerung beraten.

Ort/Datum:

Name:

Straße: PLZ/Ort:

Unterschrift:

Name gesetzliche/r Betreuer/in:

Unterschrift gesetzliche/r Betreuer/in: