

## Anlage 1 „Schweigepflichtentbindung“

Hiermit entbinde ich,

---

Name, Vorname der antragstellenden Person

geboren am

---

Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort)

☐ meine/n behandelnde/n Ärztin/Arzt

---

Name und Anschrift behandelnde/r Ärztin/Arzt, Krankenhaus etc.

---

Name und Anschrift behandelnde/r Ärztin/Arzt, Krankenhaus etc.

- ☐ die Kranken-/Pflegeversicherung und beteiligte pflegerische Dienstleister
- ☐ den Medizinischen Dienst
- ☐ den Amtsärztlichen Dienst
- ☐ den Sozialpsychiatrischen Dienst
- ☐ das Jugendamt
- ☐ den Träger der Eingliederungs- oder Sozialhilfe
- ☐ das Jobcenter
- ☐ die Bundesagentur für Arbeit
- ☐ das örtliche Sozialamt
- ☐ den Rentenversicherungsträger
- ☐ die/den von mir kontaktierten Anbieter\*in
- ☐ den Erwachsenensozialdienst

gegenüber allen zuständigen Sozialhilfeträgern von der Schweigepflicht. Dies betrifft Fragen, die im Zusammenhang mit meinem Antrag auf Leistung der Sozialhilfe entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass über mich vorhandene

- Krankheits- und Befundunterlagen oder Berichte
- Hilfeplanprotokolle, Teil- und Gesamtplan
- Bewilligungs- und Ablehnungsbescheide der Pflegekasse und anderer Träger
- Gutachten (z. B. Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Krankenhaus)
- Pflegedokumentation

den zuständigen Trägern im Rahmen des Antrages auf Leistungen der Sozialhilfe zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller\*in bzw. gesetzliche\*r Vertreter\*in/Betreuer\*in/Bevollmächtigte\*r (mit Urkunde bzw. Vollmacht)