

Bitte diese Erklärung zusätzlich zu Ihrem Antrag bzw. zum derzeitigen Verwaltungsverfahren unterschreiben und an das u.a. Landratsamt zurücksenden.

Entbindung von der Schweigepflicht im Feststellungsverfahren nach dem SGB IX
(Schwerbehindertenrecht) und
Einwilligung zur Datenübermittlung an das Landratsamt

Zu-und Vorname:

Anschrift:

Aktenzeichen:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landratsamt die in diesem Verwaltungsverfahren und in einem evtl. sich anschließenden Vorverfahren erforderlichen Auskünfte und Unterlagen von allen angegebenen Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, gesetzlichen und privaten Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste, Behörden und sonstigen Einrichtungen bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich entbinde ausdrücklich meinen behandelnden Arzt/die behandelnden Ärzte

Frau/Herr:

Anschrift:

und sonstige beteiligte Personen und Stellen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen ausdrücklich zu.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses:

.....
.....
.....

Datum

Unterschrift