

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht zum Antrag auf einen Integrationshelfer

### 1. Einwilligung der Antragstellerin / des Antragstellers

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

**Ich bin damit einverstanden**, dass die für meinen Antrag auf Hilfe nach dem SGB XII Beteiligten des Landkreises Vorpommern-Rügen von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordern kann, die er für die Entscheidung über meinen Antrag auf Hilfeleistungen benötigt. Das schließt Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich umgehend dem Sozialhilfeträger mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztliche Untersuchung angefordert werden können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller