Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht sowie datenschutzrechtliche Einwilligung bzw. Zustimmung zur amtsärztlichen Untersuchung

Diese Erklärung gilt nachfolgend für:

- **Hausarzt/ Hausärztin:**

(bitte Name u. Anschrift ggf. Tel.-Nr. angeben)

- **Ärztliches Gutachten der Bundesagentur für Arbeit**
- **Psychologisches Gutachten des arbeitspsychologischen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit**
- **sonstige Institutionen,**

die über meinen Gesundheitszustand Angaben machen können.

Zur Bestimmung von Art und Umfang der von mir beantragten Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern stimme ich:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

gesetzlicher Vertreter (Name, Anschrift)

hiermit der Erteilung von ärztlichen Auskünften und der Vorlage ärztlicher Unterlagen gegenüber dem Landkreis Vorpommern-Rügen, C.-Heydemann-Ring 67, 18437 Stralsund sowie den Mitgliedern der Hilfeplankonferenz oder dem Fachausschuss zu, soweit dies zur Erfüllung von Aufgaben der Sozialhilfe erforderlich ist.

Gleichzeitig gilt dies als Zustimmung zu der dazu notwendigen Untersuchung durch den Amtsarzt/ die Amtsärztin des Landkreises Vorpommern-Rügen.

Diese Erklärung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Ich belehre Sie darüber, dass Sie gemäß §§ 60 Sozialgesetzbuch, Erstes Buch (SGB I) ff einer Mitwirkungspflicht unterliegen, dass heißt, wer Sozialleistungen beantragt ist verpflichtet, alle Tatsachen die für die Leistung erheblich sind mitzuteilen und Beweismittel zu bezeichnen und vorzulegen. Werden Unterlagen nicht vorgelegt oder Tatsachen nicht mitgeteilt, kann die Sozialleistung gemäß §§ 66 SGB I ff wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller bzw.
gesetzlicher Vertreter