



Einverständnis zur Entbindung von der Schweigepflicht

in Verbindung mit einem Antrag auf Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff SGB XII - Integrationshilfe

Hiermit entbinde/n ich/wir als Eltern/als Erziehungsberechtigte/r die unten Genannten von der Einhaltung der Schweigepflicht für das Kind

Familienname		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Vorname/n		Geburtsdatum	
Straße/Hausnummer			
PLZ	Ort		

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt für den/die:

Einrichtung, in der die Teilhabe gefördert werden soll

Schulleitung Leitung Kindertagesstätte	
Klassenlehrer/in Gruppenleitung	
Name der Einrichtung, Adresse	
Telefon	E-Mail

Behandelnde/r Arzt/Ärztin

Name	Klinik
Adresse	
Telefon	E-Mail

Therapeut/in

Name	
Adresse	
Telefon	E-Mail

Gesundheitsamt Mainz

Name Ansprechpartner/in oder Vertretung	
Telefon	E-Mail

gegenüber

- dem Sachgebiet ambulante Eingliederungshilfe, Carolin Skudlarek, Andrea Anthes und Simone Schilling (Amt für soziale Leistungen) oder die jeweilige Vertretung im Amt
- dem Fachdienst Integrationshilfen für das Amt für soziale Leistungen, Frau Zickgraf
- dem schulärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes Mainz-Bingen



Hinweis

Die Schweigepflichtentbindung gilt auch für die genannten Personen untereinander. Ich versichere, dass der/die andere Erziehungsberechtigte mit dieser Genehmigung einverstanden ist, sofern er/sie nicht mit unterschrieben hat.

Die Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit widerrufen werden.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt gegenüber dem Sachgebiet ambulante Eingliederungshilfe (Amt für soziale Leistungen), sowie für das Amt gegenüber den genannten Personen und Institutionen im Hinblick auf Gutachten, Teilhabepläne und Entwicklungsberichte. Ebenso umfasst sie Berichte, personenbezogene Daten sowie den mündlichen und schriftlichen Austausch im für den Fall notwendigen Umfang.

Bei Ärzten/innen bzw. Therapeuten/innen und dem/der Vertreter/in des Gesundheitsamtes umfasst die Einwilligung die Weitergabe der Diagnose und Feststellung von Umfang und Auswirkung der Behinderung. Das Landesamt bzw. der beauftragte örtliche Sozialhilfeträger ist auch zur Weitergabe dieser Daten und der von dem/der Leistungsberechtigten selbst gemachten Angaben im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben z.B. nach dem SGB XII / AG SGB XII Rheinland-Pfalz / SGB IX / SGB X / SGB XI befugt.

Ort | Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r