



## Einverständnis zur Entbindung von der Schweigepflicht

in Verbindung mit einem Antrag auf Eingliederungshilfe nach SGB IX

### Leistungsberechtigte/r ist unter 18 Jahre alt:

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

|  |   |
|--|---|
| Familiename des leistungsberechtigten Kindes |   |
| Vorname/n des leistungsberechtigten Kindes   | Geburtsdatum des leistungsberechtigten Kindes |
| Straße/Hausnummer                            |   |
| PLZ  | Ort   |

### Leistungsberechtigte/r ist über 18 Jahre alt:

Hiermit entbinde/n ich/wir die unten Genannten von der Einhaltung der Schweigepflicht für die leistungsberechtigte Person

|  |   |
|--|---|
| Familiename der leistungsberechtigten Person |   |
| Vorname/n der leistungsberechtigten Person   | Geburtsdatum der leistungsberechtigten Person |
| Straße/Hausnummer                            |   |
| PLZ  | Ort   |

### Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt für den/die:

#### Schule/Kindertagesstätte, in der die Teilhabe gefördert werden soll

|  |        |
|--|--------|
| Name der Schulleitung   Leitung Kindertagesstätte, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung |        |
| Name der Klassenlehrer/in   Gruppenleitung, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung        |        |
| Name der Einrichtung, Adresse  |        |
| Telefon  | E-Mail |

#### Besondere Wohnform (Einrichtung), in der die Teilhabe gefördert werden soll

|   |        |
|---|--------|
| Name der Leitung der Besonderen Wohnform, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung |        |
| Name der Einrichtung, Adresse   |        |
| Telefon   | E-Mail |

#### Leistungsanbieter, der die Teilhabe fördert

|  |        |
|--|--------|
| Name Ansprechpartner/in, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung |        |
| Name des Leistungsanbieters, Adresse   |        |
| Telefon  | E-Mail |



### Behandelnde/r Arzt/Ärztin

|   |        |        |
|---|--------|--------|
| Name, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung |        | Klinik |
| Adresse   |        |        |
| Telefon   | E-Mail |        |

### Therapeut/in

|   |        |
|---|--------|
| Name, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung |        |
| Adresse   |        |
| Telefon   | E-Mail |

### Gesetzliche Krankenkasse, Beteiligter Reha-Träger nach § 6 SGB IX

|  |        |
|--|--------|
| Name Ansprechpartner/in, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung |        |
| Name der gesetzlichen Krankenkasse, Adresse  |        |
| Telefon  | E-Mail |

### Bundesanstalt für Arbeit, Beteiligter Reha-Träger nach § 6 SGB IX

|  |        |
|--|--------|
| Name Ansprechpartner/in, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung |        |
| Adresse  |        |
| Telefon  | E-Mail |

### Gesetzliche Unfallversicherung, Beteiligter Reha-Träger nach § 6 SGB IX

|  |        |
|--|--------|
| Name Ansprechpartner/in, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung |        |
| Name der gesetzlichen Unfallversicherung, Adresse  |        |
| Telefon  | E-Mail |

### Gesetzliche Rentenversicherung, Beteiligter Reha-Träger nach § 6 SGB IX

|  |        |
|--|--------|
| Name Ansprechpartner/in, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung |        |
| Name der gesetzlichen Rentenversicherung, Adresse  |        |
| Telefon  | E-Mail |

### Kriegsopferversorgung, Kriegsopferfürsorge, Beteiligter Reha-Träger nach § 6 SGB IX

|  |        |
|--|--------|
| Name Ansprechpartner/in, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung |        |
| Name des Reha-Trägers, Adresse   |        |
| Telefon  | E-Mail |



### Jugendhilfe, Beteiligter Reha-Träger nach § 6 SGB IX

|  |        |
|--|--------|
| Name Ansprechpartner/in, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung |        |
| Name des Jugendhilfeträgers, Adresse   |        |
| Telefon  | E-Mail |

### Gesundheitsamt

|  |        |
|--|--------|
| Name Ansprechpartner/in, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung |        |
| Adresse  |        |
| Telefon  | E-Mail |

### Sonstige Beteiligte

|                   |        |
|-------------------|--------|
| Name und Funktion |        |
| Adresse           |        |
| Telefon           | E-Mail |

### Sonstige Beteiligte

|                   |        |
|-------------------|--------|
| Name und Funktion |        |
| Adresse           |        |
| Telefon           | E-Mail |

### gegenüber

- der/dem zuständigen Mitarbeiter/in des Amtes für soziale Leistungen oder der jeweiligen Vertretung im Amt
- dem zuständigen Fachdienst des Amtes für soziale Leistungen oder der jeweiligen Vertretung im Amt

### Hinweis

- Die Schweigepflichtentbindung gilt auch für die genannten Personen untereinander.
- Die Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit widerrufen werden.
- Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt gegenüber dem 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 / AG SGB IX Rheinland-Pfalz / SGB X / SGB XI befugt.
- Hinweis bei unter 18-jährigen Leistungsberechtigten: Ich versichere, dass der/die andere Erziehungsberechtigte mit dieser Genehmigung einverstanden ist, sofern er/sie nicht mit unterschrieben hat.

Ort | Datum

Unterschrift Leistungsberechtigte/r bzw. Erziehungsberechtigte/r