

### Schweigepflichtentbindungserklärung

im Zusammenhang mit amtsärztlichen/versorgungsärztlichen Untersuchungen in Sozialhilfe-, Landespflegegeld-, Landesblindengeld- und Bundesversorgungsangelegenheiten

#### I. Hinweise

Da die Entscheidung über die Leistungen von Sozialhilfe/Landespflegegeld/Landesblindengeld/ Versorgungsansprüchen nach dem BVG von Ihrem Gesundheitszustand abhängt, benötigen wir ein amtsärztliches Gutachten des zuständigen Gesundheitsamtes bzw. Versorgungsamtes.

Das Gutachten muss die für die Entscheidung notwendigen Angaben enthalten; hierzu gehören – soweit diese im Einzelfalle erforderlich ist – die Diagnose sowie die Stellungnahme zu Umfang und Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung bzw. Behinderung.

Aus datenschutztechnischen Gründen ist Ihre Einwilligung dazu erforderlich, dass

1. wir das zuständige Gesundheitsamt bzw. Versorgungsamt beauftragen, Sie amtsärztlich/versorgungsärztlich zu untersuchen und
2. das Gesundheitsamt bzw. das Versorgungsamt das aufgrund der amtsärztlichen/versorgungsärztlichen Untersuchung erstellte Gutachten zuleitet.

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir berechtigt sind, die Leistungen von Sozialhilfe/Landespflegegeld/Landesblindengeld/Versorgungsansprüchen nach BVG abzulehnen bzw. zu entziehen, wenn und so lange Sie sich weigern sollten, an einer zumutbaren Untersuchung mitzuwirken, wenn hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert wird.

#### II. Erklärung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Leistungsberechtigten (Pflegebedürftigen)

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.

In Kenntnis der vorstehenden Hinweise erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kreisverwaltung Donnersbergkreis das zuständige Gesundheitsamt bzw. Versorgungsamt mit der Durchführung einer amtsärztlichen/versorgungsärztlichen Untersuchung beauftragt und dass das Gesundheitsamt/das Versorgungsamt das aufgrund der amtsärztlichen/versorgungsärztlichen Untersuchung erstellte Gutachten der Kreisverwaltung Donnersbergkreis zuleitet.

Darüber hinaus entbinde ich den/die nachfolgend genannten Arzt/Ärzte von seiner/ihrer Schweigepflicht.

Name, Anschrift des/der behandelnden Arztes/Ärzte:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

- des Leistungsberechtigten (Pflegebedürftigen)
- des Bevollmächtigten (Kopie der Vollmacht ist beigelegt)
- des Betreuers (Kopie der Bestellungsurkunde ist beigelegt)
- des gesetzlichen Vertreters (bei Minderjährigen)