

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Antragstellende bzw. leistungsberechtigte Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonisch erreichbar unter:

Mir ist bekannt, dass der Landschaftsverband Rheinland zur Prüfung der Voraussetzung für die von mir beantragte Leistung der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) die Erstellung eines fachärztlichen Gutachtens beauftragt.

Die Vorschriften über meine Mitwirkungspflicht, die Grenzen der Mitwirkung und die Folgen fehlender Mitwirkung nach §§ 60 ff Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) habe ich zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass eine fehlende Mitwirkung nach § 66 SGB I dazu führen kann, dass die beantragte Sozialhilfeleistung versagt bzw. entzogen werden kann.

Ich bin mit der Übermittlung aller für die Erstellung eines fachärztlichen Gutachtens erforderlichen Unterlagen, insbesondere ärztliche und psychologische Berichte und Untersuchungsergebnisse, durch den Landschaftsverband Rheinland an die von diesem beauftragten ärztlichen Gutachter und Gutachterinnen einverstanden.

Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass die beauftragten ärztlichen Gutachter und Gutachterinnen ein fachärztliches Gutachten an den Landschaftsverband Rheinland übermitteln.

Ort / Datum

Unterschrift der antragstellenden / leistungsberechtigten Person

Unterschrift rechtliche Vertretung