



OSTALBKREIS

Anlage:  
**Erklärung zum Datenschutz und Befreiung von der  
ärztlichen Schweigepflicht**

Angaben zur Person

- Bitte in Blockschrift ausfüllen -

<b>1. Name</b> _____ <b>Vorname</b> _____ <b>Geburtsdatum</b> _____  tagsüber telefonisch zu erreichen unter: _____	<b>2. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt</b> (sofern geändert) <b>Straße, Hausnummer:</b> _____ <b>Postleitzahl, Ort:</b> _____
<b>3. Sind Sie erwerbstätig?</b> ja <input type="checkbox"/>	

Sofern beigefügte Unterlagen nicht ausreichen, **erkläre ich mich damit einverstanden**, dass das Landratsamt Ostalbkreis, Geschäftsbereich Integration und Versorgung, die in diesem Verwaltungsverfahren und in einem evtl. sich anschließenden Vorverfahren erforderlichen Auskünfte und Unterlagen von allen angegebenen Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, gesetzlichen und privaten Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste, Behörden und sonstigen Einrichtungen bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich **entbinde** Ärzte, sonstige beteiligte Personen und Stellen von ihrer **Schweigepflicht** und **stimme** der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen **ausdrücklich zu**.

**Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses**

**Ich nehme zur Kenntnis**, dass die Daten, die dem Landratsamt im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem SGB IX bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger (z.B. Renten- oder Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i.V.m. § 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch, SGB X) und ich **dem widersprechen** kann.

**Die beigefügten Hinweise zum Datenschutz habe ich ebenfalls zur Kenntnis genommen.**

Ort/Datum .....

Unterschrift .....