

Schweigepflichtentbindung

Familienname, Vorname:	
Geburtsdatum:	
wohnhaft:	

Erklärung:

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, Krankenhäuser bzw. Kliniken, die mich behandeln bzw. behandelt haben, von der Schweigepflicht. Dies gilt gegenüber dem Sozialhilfeträger (Landkreis Pfaffenhofen) bzw. der vertretenen Person(en).

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde, Untersuchungsergebnisse, Krankheitsgeschichten, Röntgenbilder und ähnliche Unterlagen, die sie über mich besitzen bzw. in Zukunft besitzen werden, zur Sachaufklärung und zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen dem Träger der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch bzw. dem AsylbLG zur Verfügung gestellt werden.

Mir ist bekannt, dass die Schweigepflichtbindungserklärung freiwillig abgegeben wird und widerrufen werden kann. Mir ist ebenfalls bekannt, dass im Falle einer nicht erteilten Schweigepflichtentbindung im Rahmen der Amtsermittlungspflicht Untersuchungen durch den ärztlichen Dienst erforderlich wären.

Ort, Datum

Unterschrift