

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich, _____
(Name, Vorname der antragstellenden Person)

geboren am _____

wohnhaft in: _____
(Straße)

(PLZ; Wohnort)

- meine/n behandelnde/n Ärztin/Arzt
- die Kranken-/Pflegeversicherung und beteiligte pflegerische Dienstleister
- den medizinischen Dienst der Krankenversicherung
- den amtsärztlichen Dienst
- den Sozialpsychiatrischen Dienst
- das Jugendamt
- den Träger der Eingliederungs- oder Sozialhilfe, ~~der bereits Leistungen erbringt~~
- das Jobcenter
- die Bundesagentur für Arbeit
- das örtliche Sozialamt
- den Rentenversicherungsträger
- den von mir kontaktierten Anbieter
- den Erwachsenensozialdienst

gegenüber dem Kreis Segeberg, Fachbereich III (Sozialhilfe und Eingliederungshilfe),
Hamburger Str. 30, 23795 Bad Segeberg, von der Schweigepflicht. Dies betrifft
Fragen, die im Zusammenhang mit meinem Antrag auf Leistung der
Sozialhilfe/Eingliederungshilfe entstehen.

Ich damit einverstanden, dass über mich vorhandene

- Krankheits- und Befundunterlagen oder Berichte
- Hilfeplanprotokolle, Teil- und Gesamtplan
- Bewilligungs- und Ablehnungsbescheide der Pflegekasse und anderer Träger
- Gutachten (z. B. Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Krankenhaus)
- Pflegedokumentation

dem Kreis Segeberg im Rahmen des Antrages auf Leistungen der Sozialhilfe bzw. der
Eingliederungshilfe zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

Ort, Datum

(Unterschrift Antragsteller*in bzw. Betreuer*in/Bevollmächtigte*r)