



**TBB, den**  
Ort, Datum

## **Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht**

im Rahmen des Antrags auf Hilfemaßnahmen nach dem SGB XII  
zur Bedarfsprüfung von Hilfemaßnahmen

### **Persönliche Angaben**

(vom/von der Antragsteller/in bzw. gesetzlichen Vertreter/in selbst auszufüllen)

Name, Vorname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort bzw. Pflegeheim: \_\_\_\_\_

Ihr Aktenzeichen (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

### **Hinweise zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten und Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Die persönlichen Angaben sowie die nachfolgende Dokumentation für die Hilfeplanung werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für beantragte Hilfen nach dem SGB XII benötigt. Im Rahmen der Bedarfsprüfung soll Ihre aktuelle Situation und Ihr Unterstützungsbedarf festgestellt werden.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie bzw. der von Ihnen Vertretene im Rahmen der Antragstellung verpflichtet sind,

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind,
- Beweismittel zu bezeichnen oder vorzulegen,
- sich auf Verlangen ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen.

Sofern Sie die erforderlichen ärztlichen und anderen Unterlagen nicht selbst vorlegen können, und auch vorliegende Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abgeben, kommen Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nach. Wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden (§§ 60 – 67 SGB I). Eine Mitwirkungspflicht besteht nicht, soweit einer der in § 65 SGB I genannten Gründe vorliegt. So können z.B. Angaben verweigert werden, die Sie der Gefahr aussetzen würden wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Daten zur Durchführung des SGB XII mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden.

## Einwilligungserklärung zur Einholung von Auskünften/Untersuchung

Zur Bedarfsprüfung im Rahmen meines Antrags auf Hilfemaßnahmen nach dem SGB XII willige ich ein, dass für die Hilfestellung erforderliche Auskünfte aus ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen sowie Unterlagen nachfolgend genannter Stellen (Pflegeheime, ambulante Dienste, Ärzte etc), die für die Entscheidung erforderlich sind vom Landratsamt Main-Tauber-Kreis eingeholt werden können.

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die o.g. Stellen entbinde ich von der Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass das Landratsamt Main-Tauber-Kreis die Daten verarbeitet.

Für die Hilfestellung maßgebliche ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte – stattgefunden haben, werde ich dem Landratsamt Main-Tauber-Kreis umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Mir ist bekannt, dass die Abgabe dieser Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht freiwillig ist und jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Weitere Informationen zu Ihren datenschutzrechtlichen Informationsrechten nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) finden Sie in einem Hinweisblatt des Landratsamtes ([www.main-tauber-kreis.de](http://www.main-tauber-kreis.de)) auf der Seite des Amtes für Pflege und Versorgung unter der Rubrik Broschüren und Formulare.

Mit meiner Unterschrift entbinde ich o.g. Stellen von der Schweigepflicht und willige in die Verarbeitung meiner Daten ein. Das Hinweisblatt zum Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

---

Ort, Datum, Unterschrift des/der Antragstellers/in bzw. des gesetzlichen Betreuers

(Betreuungsurkunde ist vorzulegen!)