

Amt für soziale Leistungen

Az: 50-1

Einwilligung zur Weitergabe von Sozialdaten

für die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Leistungsbezieher/in:

Herr/Frau _____, geb. _____,

wohnhaft in _____

Einwilligungserklärung:

Ich entbinde hiermit meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten an die zuständige Behörde/behandelnden Arzt/Gesundheitsamt Schweinfurt übermittelt werden dürfen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich jederzeit die Einwilligungserklärung gegenüber dem Amt für soziale Leistungen widerrufen kann. Hierzu genügt eine einfache schriftliche Mitteilung.

Von der Einwilligungserklärung habe ich eine Ausfertigung erhalten.

_____ den _____
Ort Datum

Unterschrift Leistungsbezieher

Unterschrift gesetzl. Vertreter / Betreuer/in