

Schweigepflichtsentbindung Arzt / Klinik / Therapeut

Bei dem Fachbereich „Sozialplanung / Eingliederungshilfe“ des Landkreises Mainz-Bingen habe ich / haben wir für

Name, Vorname Kind	Geburtsdatum
--------------------	--------------

Eingliederungshilfe nach den §§ 53 ff. SGBXII oder Eingliederungshilfe nach § 35 a SGBVIII beantragt.

Dazu entbinde/n ich / wir

Folgende(n) Arzt / Therapeut / Klinik (z. B. KINZ, SPZ, Hausarzt,...)

von der Schweigepflicht gegenüber dem Fachbereich 32 a „Sozialplanung / Eingliederungshilfe“, sowie das Amt gegenüber der o. g. Person / Institution in Bezug auf Berichtenforderung, ggf. Hospitation in der Gruppe / im Unterricht und mündlich / schriftlichen Austausch im für den Fall notwendigen Umfang.

Zur Entscheidung über die Hilfe ist gesetzlich eine Diagnosestellung nach dem ICD 10 erforderlich und soll nach dem multiaxialen Klassifikationsschema erstellt werden. Ergänzende Auskünfte / Empfehlungen können eingeholt bzw. abgegeben werden.

Über meine / unsere Mitwirkungspflicht sowie Inhalt und Auswirkungen der datenschutzrechtlichen Regelungen bin ich / sind wir informiert worden.

Ort, Datum

Mutter

Vater

Unterschrift beider Sorgeberechtigten ist erforderlich.