

Niedersächsisches Landesamt für Soziales,
Jugend und Familie
Hauptstelle

31120 Hildesheim

Ihr Antrag auf Feststellung einer Behinderung und Zuerkennung von Merkzeichen

Erklärung über die Schweigepflichtentbindung

Betroffene Person

Name	Geburtsdatum
KRÜGER-HEINTZEN, STEFANIE	18.04.1979
Anschrift	
GNEISENAUSTR. 14A, A	

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

☒ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie - Landessozialamt die Auskünfte und medizinischen Unterlagen (insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundscheine, Untersuchungsbefunde, Pflege- und Betreuungsgutachten, Entwicklungsberichte, Zeugnisse) von den genannten Ärztinnen/Ärzten (sowie deren Praxisnachfolgerinnen/Praxisnachfolgern), Krankenanstalten, Behörden, Gesundheitsämtern, Gerichten, Sozialleistungsträgern, sozialen Einrichtungen, Schulen sowie von privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherungsunternehmen - auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind - in dem Umfang bezieht, wie diese für die Feststellung der von mir geltend gemachte/n Gesundheitsstörung/en oder der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinen Antrag nicht beschränkt habe, auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte stattgefunden haben, werde ich dem Landessozialamt unverzüglich mitteilen. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts Anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses (ggf. ein gesondertes Blatt verwenden):

Insoweit entbinde ich die vom Landessozialamt ersuchten Ärztinnen/Ärzte, Krankenanstalten, andere Behandlungsstätten, Behörden und private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen von ihrer Schweigepflicht.

☐ Ich bin mit der Entbindung von der Schweigepflicht nicht einverstanden.

Vorstehende Erklärung ist ein höchst persönliches Recht und daher ausschließlich von der betroffenen Person, der gesetzlichen Vertreterin/dem gesetzlichen Vertreter, der Betreuerin/dem Betreuer, nicht aber von der/dem Bevollmächtigten zu unterschreiben.

Ich bin ☒ Antragsteller/in ☐ gesetzliche/r Vertreter/in ☐ Betreuer/in

16.08.26

Datum

S. Krüger

Unterschrift