

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

### Anlage D

Antrag von Frau/Herrn \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ folgende Ärzte (bitte vollständigen Namen und Anschriften angeben):

---

---

---

---

von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Kreis Mettmann – Sozialamt – Hilfe zur Pflege in Einrichtungen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass benannte Ärzte Auskünfte zu meinem Gesundheitszustand erteilen dürfen. Hierzu können alle Informationen gehören, die für die Feststellung der Leistungsvoraussetzungen erforderlich sind (z.B. Angaben zu Art, Dauer, Umfang, Folgen der Erkrankungen/Behinderungen, notwendigen Maßnahmen).

Sofern es erforderlich ist, bin ich mit der Weiterleitung der Daten durch den Kreis Mettmann – Sozialamt – Hilfe zur Pflege in Einrichtungen an das zuständige Gesundheitsamt zur Stellungnahme oder Begutachtung einverstanden.

Ausdrücklich ermächtige ich den Kreis Mettmann – Sozialamt – Hilfe zur Pflege in Einrichtungen, das Gutachten des MDK anzufordern.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit auch den Gerichten der Verwaltungs- und Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen. Die Übermittlung bzw. Weiterleitung beruht auf § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X. Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann.

---

Ort, Datum      Unterschrift des/r Antragstellers/in  Betreuer/in  Bevollmächtigte/r