



Einverständnis zur Entbindung von der Schweigepflicht

in Verbindung mit einem Antrag auf Eingliederungshilfe nach SGB IX

Leistungsberechtigte/r ist unter 18 Jahre alt:

Hiermit entbinde/n ich/wir als Eltern/als Erziehungsberechtigte/r die unten Genannten von der Einhaltung der Schweigepflicht für das Kind

Familiename des leistungsberechtigten Kindes	
Vorname/n des leistungsberechtigten Kindes	Geburtsdatum des leistungsberechtigten Kindes
Straße/Hausnummer	
PLZ	Ort

Leistungsberechtigte/r ist über 18 Jahre alt:

Hiermit entbinde/n ich/wir die unten Genannten von der Einhaltung der Schweigepflicht für die leistungsberechtigte Person

Familiename der leistungsberechtigten Person	
Vorname/n der leistungsberechtigten Person	Geburtsdatum der leistungsberechtigten Person
Straße/Hausnummer	
PLZ	Ort

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt für den/die:

Schule/Kindertagesstätte, in der die Teilhabe gefördert werden soll

Name der Schulleitung Leitung Kindertagesstätte, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung	
Name der Klassenlehrer/in Gruppenleitung, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung	
Name der Einrichtung, Adresse	
Telefon	E-Mail

Besondere Wohnform (Einrichtung), in der die Teilhabe gefördert werden soll

Name der Leitung der Besonderen Wohnform, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung	
Name der Einrichtung, Adresse	
Telefon	E-Mail

Leistungsanbieter, der die Teilhabe fördert

Name Ansprechpartner/in, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung	
Name des Leistungsanbieters, Adresse	
Telefon	E-Mail



Behandelnde/r Arzt/Ärztin

Name, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung		Klinik
Adresse		
Telefon	E-Mail	

Therapeut/in

Name, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung	
Adresse	
Telefon	E-Mail

Gesetzliche Krankenkasse, Beteiligter Reha-Träger nach § 6 SGB IX

Name Ansprechpartner/in, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung	
Name der gesetzlichen Krankenkasse, Adresse	
Telefon	E-Mail

Bundesanstalt für Arbeit, Beteiligter Reha-Träger nach § 6 SGB IX

Name Ansprechpartner/in, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung	
Adresse	
Telefon	E-Mail

Gesetzliche Unfallversicherung, Beteiligter Reha-Träger nach § 6 SGB IX

Name Ansprechpartner/in, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung	
Name der gesetzlichen Unfallversicherung, Adresse	
Telefon	E-Mail

Gesetzliche Rentenversicherung, Beteiligter Reha-Träger nach § 6 SGB IX

Name Ansprechpartner/in, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung	
Name der gesetzlichen Rentenversicherung, Adresse	
Telefon	E-Mail

Kriegsopferversorgung, Kriegsopferfürsorge, Beteiligter Reha-Träger nach § 6 SGB IX

Name Ansprechpartner/in, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung	
Name des Reha-Trägers, Adresse	
Telefon	E-Mail



Jugendhilfe, Beteiligter Reha-Träger nach § 6 SGB IX

Name Ansprechpartner/in, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung	
Name des Jugendhilfeträgers, Adresse	
Telefon	E-Mail

Gesundheitsamt

Name Ansprechpartner/in, Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für jeweilige Vertretung	
Adresse	
Telefon	E-Mail

Sonstige Beteiligte

Name und Funktion	
Adresse	
Telefon	E-Mail

Sonstige Beteiligte

Name und Funktion	
Adresse	
Telefon	E-Mail

gegenüber

- der/dem zuständigen Mitarbeiter/in des Amtes für soziale Leistungen oder der jeweiligen Vertretung im Amt
- dem zuständigen Fachdienst des Amtes für soziale Leistungen oder der jeweiligen Vertretung im Amt

Hinweis

- Die Schweigepflichtentbindung gilt auch für die genannten Personen untereinander.
- Die Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit widerrufen werden.
- Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt gegenüber dem Amt für soziale Leistungen, sowie für das Amt gegenüber den genannten Personen und Institutionen im Hinblick auf Gutachten, Teilhabepläne und Entwicklungsberichte. Ebenso umfasst sie Berichte, personenbezogene Daten sowie den mündlichen und schriftlichen Austausch im für den Fall notwendigen Umfang.
- Bei Ärzten/innen bzw. Therapeuten/innen und dem/der Vertreter/in des Gesundheitsamtes umfasst die Einwilligung die Weitergabe der Diagnose und Feststellung von Umfang und Auswirkung der Behinderung. Das Landesamt bzw. der beauftragte örtliche Sozialhilfeträger ist auch zur Weitergabe dieser Daten und der von dem/der Leistungsberechtigten selbst gemachten Angaben im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben z.B. nach dem SGB XII / AG SGB XII Rheinland-Pfalz / SGB IX / AG SGB IX Rheinland-Pfalz / SGB X / SGB XI befugt.
- Hinweis bei unter 18-jährigen Leistungsberechtigten: Ich versichere, dass der/die andere Erziehungsberechtigte mit dieser Genehmigung einverstanden ist, sofern er/sie nicht mit unterschrieben hat.

Ort | Datum

Unterschrift Leistungsberechtigte/r bzw. Erziehungsberechtigte/r