

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, sowie der datenschutzrechtlichen Einwilligung
Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht anderer Träger (z.B. Rentenversicherung, Kranken – und Pflegeversicherung, Versorgungsamt, Agentur für Arbeit etc.)

Name, Vorname

Geburtsdatum und – ort

Straße, Wohnort

Gesetzlicher Vertreter

Zur Bestimmung von Art und Umfang der von mir zum oben genannten Datum beantragten Sozialhilfe stimme ich hiermit der Erteilung von ärztlichen Auskünften und der Vorlage ärztlicher Unterlagen sowie Auskünften und Unterlagen anderer Träger gegenüber dem Landkreis Eichsfeld, Sozialamt zu, soweit sie zur Erfüllung von Aufgaben der Sozialhilfe erforderlich sind.

Diese Erklärung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift