Name, Vorname des behinderten Menschen:
(Bitte immer eintragen!)

Einwilligungserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht

Zur Durchführung des Feststellungsverfahrens nach dem SGB IX und der Entscheidung nach dem LBlindG ist es erforderlich, Unterlagen beizuziehen, die Auskunft über Ihren Gesundheitszustand oder über gewährte Sozialleistungen geben können (§67a SGB X). Deshalb benötigen wir von Ihnen **nachfolgende Einwilligungserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht**.

Sollten Sie die Einwilligung zur Beiziehung der Unterlagen verweigern, müssen Sie die erforderlichen Unterlagen selbst einholen und bei der zuständigen Behörde einreichen. Ansonsten kann über Ihren Anspruch nach diesem Antrag nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden, oder ist Ihr Anspruch zu versagen.

Ich bin vorbehaltlich nachfolgender Erklärung damit **einverstanden**, dass die für meinen Wohnort für das Feststellungsverfahren nach dem SGB IX und dem LBlindG zuständige Behörde im Rahmen der Bearbeitung meines Antrages von Gerichten, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Sozialleistungsträger - welche ich im Antrag angegeben habe oder die aus den von mir überlassenen Unterlagen ersichtlich sind – medizinische Unterlagen aller Art und Akten **beizieht**, die für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt werden.

Weiter bin ich **einverstanden**, dass die zuständige Behörde **von meinen behandelnden Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachtern sowie Einrichtungen und Gerichten Auskünfte einholt und Unterlagen zur Einsicht beizieht**. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte**,** Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachter und Einrichtungen von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachtern und Einrichtungen erhalten haben.

Folgende Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten und Gutachter bzw. Einrichtungen schließe ich ausdrücklich von dieser Einwilligung aus:

Folgende Unterlagen schließe ich ausdrücklich von dieser Einwilligung aus:

Soweit sie durch diese Erklärung nicht ausdrücklich ausgeschlossen sind, entbinde ich die beteiligten Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachter, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Sozialleistungsträger sowie Gerichte von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren nach dem SGB IX und dem LBlindG zu.

Untersuchungen und Begutachtungen die während des laufenden Feststellungsverfahrens nach dem SGB IX und dem Verfahren nach dem LBlindG stattgefunden haben, werde ich der für meinen Wohnort zuständigen Behörde umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Ich bestätige die Kenntnisnahme des Informationsblattes zum Datenschutz nach der EU-DSGVO.

_____	_____	_____
Datum	**Unterschrift Antragsteller/in**	**Unterschrift gesetzliche(r)/ bevollmächtigter Vertreter/in**

Diese Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.