

## Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	Aktenzeichen Vorgang
Gesetzlicher Vertreter	
Verarbeiter Salzlandkreis, 21 Fachdienst Soziales, 34 Fachdienst Gesundheit, 06400 Bernburg (Saale)	

Der Fachdienst Soziales und der Fachdienst Gesundheit des Salzlandkreises sind berechtigt, alle Feststellungen zu treffen, die zur Ermittlung meines Gesundheitszustandes sowie meines Hilfebedarfes erforderlich sind und diese zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung weiter zu verwenden.

Weiterhin gebe ich meine Einwilligung, dass die für mich zuständige Pflegekasse das **Gutachten über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit des MDK** dem Fachdienst Soziales des Salzlandkreises zur Verfügung stellt.

**Alle Ärzte, die mich behandeln oder untersucht haben, meine Krankenkasse und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), entbinde ich hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht. Sie sind somit berechtigt, medizinische Unterlagen und Auskünfte zu meiner Person herauszugeben.**

**Alle ermittelten Daten unterliegen den Vorschriften des Datenschutzes.**

Diese Erklärung gilt längstens für den Zeitraum der Hilfestellung.

Mir ist bekannt, dass die Schweigepflichtentbindung Voraussetzung der vorgesehenen Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung ist, und dass diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Hierin willige ich ein.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/Bevollmächtigter/gesetzlicher Vertreter
------------	--