A MEDIZINISCHE STELLUNGNAHME Erwachsene

An den Leistungsträger:

Ermittlung des individuellen Bedarfes für Leistungen der Teilhabe in Bayern

Medizinische Stellungnahme

zum Vorliegen von körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen und damit zusammenhängenden Beeinträchtigungen der Körperfunktionen

Verfasst von:

Dienststelle/Institution:
PLZ, Wohnort:
Straße, Haus-Nr.:

Arzt/Ärztin:
Fachrichtung:
Telefon:
Fax:
E-Mail-Adresse:

Die Medizinische Stellungnahme wurde erstellt am

Die in dieser Medizinischen Stellungnahme erhobenen Daten dienen ausschließlich der rechtlichen und fachlichen Bedarfsermittlung des individuellen Hilfebedarfs entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen des § 118 SGB IX i. V. m. § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.

Diese Stellungnahme ist wesentlicher Bestandteil einer personenzentrierten Bedarfserhebung und stellt eine grundlegende Voraussetzung für eine kooperative und systematische Erstellung eines Gesamtplanes für eine personenzentrierte Hilfegewährung dar. Die antragstellende Person erhält eine Ausfertigung dieses Berichts.
Es wird gebeten, das vorgegebene Schema zu verwenden und Angaben möglichst vollständig und umfassend zu machen.

Anlagen:
Schweigepflichtentbindung (3-fach)

A.1 Personalien des Patienten/der Patientin:

Name, Vorname:

PLZ, Wohnort:

Straße, Haus-Nr.:

Geburtsdatum:

A.2 Relevante Diagnose(n) nach ICD-10 (Pflichtfeld)

Geben Sie hier die ICD-10 Diagnose(n) ein.

A.2.1 Diagnosebegründende Befunde (Pflichtfeld)

(z. B. Fachärztl. Gutachten, Entlassungsberichte medizinischer Einrichtungen, SPZ/MZEB; IQ-Testungen mit Ergebnis usw.)

Berichte anfügen, falls relevant

A.3 ICF-basierte Beschreibung der Einschränkungen der Körperfunktionen

(physiologische Funktionen von Körpersystemen, einschließlich psychologischer Funktionen)

A.3.1 Liegen Beeinträchtigungen mentaler Funktionen nach Kapitel 1 der Körperfunktionen der ICF vor?

☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

1. Mentale Funktionen		
Globale mentale Funktionen (b110 – b139)		
b110 Funktionen des Bewusstseins	Auswahl	
b114 Funktionen der Orientierung	Auswahl	
b117 Funktionen der Intelligenz	Auswahl	

b122 Globale psychosoziale Funktionen	Auswahl		ⓘ
b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit	Auswahl		ⓘ
b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs	Auswahl		ⓘ
b134 Funktionen des Schlafes	Auswahl		ⓘ
b139 Globale mentale Funktionen, anders oder nicht spezifiziert	Auswahl		
Spezifische mentale Funktionen (b140 – b189)			
b140 Funktionen der Aufmerksamkeit	Auswahl		ⓘ
b144 Funktionen des Gedächtnisses	Auswahl		ⓘ
b147 Psychomotorische Funktionen	Auswahl		ⓘ
b152 Emotionale Funktionen	Auswahl		ⓘ
b156 Funktionen der Wahrnehmung	Auswahl		ⓘ

b160 Funktionen des Denkens	Auswahl		ⓘ
b164 Höhere kognitive Funktionen	Auswahl		ⓘ
b167 Kognitiv-sprachliche Funktionen	Auswahl		ⓘ
b172 Das Rechnen betreffende Funktionen	Auswahl		ⓘ
b176 Mentale Funktionen, die die Durchführung komplexer Bewegungs-handlungen betreffen	Auswahl		ⓘ
b180 Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen	Auswahl		ⓘ
b189 Spezielle mentale Funktionen, anders oder nicht spezifiziert	Auswahl		

Weitere Erläuterungen

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche?

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

A.3.2 Liegen Beeinträchtigungen von Sinnesfunktionen und Schmerz nach Kap. 2 der Körperfunktionen der ICF vor?

☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

2. Sinnesfunktionen und Schmerz		
Seh- und verwandte Funktionen (b210-b229)		
b210 Funktionen des Sehens (Sehsinn)	Auswahl	
b215 Funktionen von Strukturen, die in Verbindung mit dem Auge stehen	Auswahl	
b220 Mit dem Auge und angrenzenden Strukturen verbundene Empfindungen	Auswahl	
b229 Seh- und verwandte Funktionen, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	
Hör- und Vestibularfunktionen (b230-b249)		
b230 Funktionen des Hörens (Hörsinn)	Auswahl	
b235 Vestibuläre Funktionen	Auswahl	

b240 Mit dem Hör- und vestibulären Funktionen verbundene Empfindungen	Auswahl	
b249 Hör- und Vestibularfunktionen, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	
Weitere Sinnesfunktionen (b250-b279)		
b250 Funktionen des Schmeckens (Geschmackssinn)	Auswahl	
b255 Funktionen des Riechens	Auswahl	
b260 Die Proprioception betreffende Funktionen	Auswahl	
b265 Funktionen des Tastens (Tastsinn)	Auswahl	
b270 Sinnesfunktionen bezüglich Temperatur und anderer Reize	Auswahl	
b279 Weitere Sinnesfunktionen, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	

Schmerz (b280-b299)		
b280 Schmerz	Auswahl	
b289 Schmerz, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	
b298 Sinnesfunktionen und Schmerz, anders spezifiziert	Auswahl	
b299 Sinnesfunktionen und Schmerz, nicht spezifiziert	Auswahl	

Weitere Erläuterungen

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche?

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

A.3.3 Liegen Beeinträchtigungen der Stimm- und Sprechfunktionen nach Kap. 3 der Körperfunktionen der ICF vor?

☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

3. Stimm- und Sprechfunktionen		
b310 Funktionen der Stimme	Auswahl	
b320 Artikulationsfunktionen	Auswahl	

b330 Funktionen des Redeflusses und Sprechrhythmus	Auswahl	
b340 Alternative stimmliche Äußerungen	Auswahl	
b398 Stimm- und Sprechfunktionen, anders spezifiziert	Auswahl	
b399 Stimm- und Sprechfunktionen, nicht spezifiziert	Auswahl	

Weitere Erläuterungen

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche?

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

A.3.4 Liegen Beeinträchtigungen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems (bei Kindern und Jugendlichen einschließlich Entwicklungsverzögerungen) nach Kap. 4 der Körperfunktionen der ICF (bei Kindern und Jugendlichen: ICF-CY) vor?

☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

4. Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems		
Funktionen des kardiovaskulären Systems (b410-b429)		
b410 Herzfunktionen	Auswahl	
b415 Blutgefäßfunktionen	Auswahl	
b420 Blutdruckfunktionen	Auswahl	
b429 Funktionen des kardiovaskulären Systems, anders spezifiziert	Auswahl	
Funktionen des hämatologischen und des Immunsystems (b430-439)		
b430 Funktionen des hämatologischen Systems	Auswahl	
b435 Funktionen des Immunsystems	Auswahl	
b439 Funktionen des hämatologischen und Immunsystems, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	

Funktionen des Atmungssystems (b440-449)		
b440 Atmungsfunktionen	Auswahl	
b445 Funktionen der Atemmuskulatur	Auswahl	
b449 Funktionen des Atmungssystems, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	
Weitere Funktionen und Empfindungen, die das kardiovaskuläre und Atmungssystem betreffen (b450-b469)		
b450 Weitere Atmungsfunktionen	Auswahl	
b455 Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit	Auswahl	
b460 Mit dem kardiovaskulären und Atmungssystem verbundene Empfindungen	Auswahl	
b469 Weitere Funktionen und Empfindungen des kardiovaskulären und Atmungssystem, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	
b498 Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems, anders spezifiziert	Auswahl	
b499 Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems, nicht spezifiziert	Auswahl	

Weitere Erläuterungen

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche?

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

A.3.5 Liegen Beeinträchtigungen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems nach Kap. 5 der Körperfunktionen der ICF vor?

☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

5. Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems		
Funktionen im Zusammenhang mit dem Verdauungssystem (b510-b539)		
b510 Funktionen der Nahrungsaufnahme	Auswahl	
b515 Verdauungsfunktionen	Auswahl	
b520 Funktionen der Nahrungsmittelassimilation	Auswahl	
b525 Defäkationsfunktionen	Auswahl	
b530 Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts	Auswahl	

b535 Mit dem Verdauungssystem verbundene Empfindungen	Auswahl	
b539 Funktionen im Zusammenhang mit dem Verdauungssystem, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	
Funktionen im Zusammenhang mit dem Stoffwechsel- und dem endokrinen System (b540-b559)		
b540 Allgemeine Stoffwechselfunktionen	Auswahl	
b545 Funktionen des Wasser-, Mineral- und Elektrolythaushalts	Auswahl	
b550 Funktionen der Wärmeregulation	Auswahl	
b555 Funktionen der endokrinen Drüsen	Auswahl	
b569 Funktionen im Zusammenhang mit dem Stoffwechsel- und dem endokrinen System, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	
b598 Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und des endokrinen Systems, anders spezifiziert	Auswahl	
b599 Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und des endokrinen Systems, nicht spezifiziert	Auswahl	

Weitere Erläuterungen

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche?

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

A.3.6 Liegen Beeinträchtigungen des Urogenital- und reproduktiven Systems nach Kap. 6 der Körperfunktionen der ICF vor?

☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

6. Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems		
Funktionen der Harnbildung und Harnausscheidung (b610-b639)		
b610 Harnbildungsfunktionen	Auswahl	
b620 Miktionsfunktionen	Auswahl	
b630 Mit der Harnbildung und -ausscheidung verbundene Empfindungen	Auswahl	
b639 Funktionen der Harnbildung und Harnausscheidung, anders oder nicht näher bezeichnet	Auswahl	

Genital- und reproduktive Funktionen (b640-b679)		
b640 Sexuelle Funktionen	Auswahl	
b650 Menstruationsfunktionen	Auswahl	
b660 Fortpflanzungsfunktionen	Auswahl	
b670 Mit den Genital- und reproduktiven Funktionen verbundene Empfindungen	Auswahl	
b679 Genital- und reproduktive Funktionen, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	
b698 Funktionen des Urogenitalsystems und der Reproduktion, anders spezifiziert	Auswahl	
b699 Funktionen des Urogenitalsystems und der Reproduktion, nicht spezifiziert	Auswahl	

Weitere Erläuterungen

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche?

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

A.3.7 Liegen Beeinträchtigungen der neuromuskuloskeletalen und bewegungsbezogenen Funktionen nach Kap. 7 der Körperfunktionen der ICF vor?

☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

7. Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen		
Funktionen der Gelenke und Knochen (b710-b729)		
b710 Funktionen der Gelenkbeweglichkeit	Auswahl	
b715 Funktionen der Gelenkstabilität	Auswahl	
b720 Funktionen der Beweglichkeit der Knochen	Auswahl	
b729 Funktionen der Gelenke und Knochen, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	
Funktionen der Muskeln (b730-b749)		
b730 Funktionen der Muskelkraft	Auswahl	
b735 Funktionen des Muskeltonus	Auswahl	

b740 Funktionen der Muskelausdauer	Auswahl	
b749 Funktionen der Muskeln, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	
Funktionen der Bewegung (b750-b789)		
b750 Funktionen der motorischen Reflexe	Auswahl	
b755 Funktionen der unwillkürlichen Bewegungsreaktionen	Auswahl	
b760 Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen	Auswahl	
b765 Funktionen der unwillkürlichen Bewegungen	Auswahl	
b770 Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen	Auswahl	
b780 Mit den Funktionen der Muskeln und der Bewegung im Zusammenhang stehende Empfindungen	Auswahl	
b789 Funktionen der Bewegung, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	
b798 Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen, anders spezifiziert	Auswahl	

Weitere Erläuterungen

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche?

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

A.3.8 Liegen Beeinträchtigungen der Haut und der Hautanhangsgebilde nach Kap. 8 der Körperfunktionen der ICF vor?

☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

8. Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde		
Funktionen der Haut (b810-b849)		
b810 Schutzfunktionen der Haut	Auswahl	
b820 Heilfunktionen der Haut	Auswahl	
b830 Andere Funktionen der Haut	Auswahl	
b840 Auf die Haut bezogene Empfindungen	Auswahl	
b849 Funktionen der Haut, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	
Funktionen des Haars und der Nägel (b850-869)		
b850 Funktionen des Haars	Auswahl	

b860 Funktionen der Nägel	Auswahl	
b869 Funktionen des Haars und der Nägel, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert	Auswahl	
b898 Funktionen der Haut und verwandter Strukturen, anders spezifiziert	Auswahl	
b899 Funktionen der Haut und verwandter Strukturen, nicht spezifiziert	Auswahl	

Weitere Erläuterungen

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche?

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

Ist eine Krankenhausbegleitung erforderlich?

☐ Ja ☐ Nein ⓘ

A.4 Bei der begutachteten Person liegen zum Zeitpunkt der Befunderhebung ⓘ

☐ körperliche,
☐ seelische,
☐ geistige,
Beeinträchtigungen oder

☐ Folgen einer Suchterkrankung,
☐ Sinnesbeeinträchtigung

vor, die nach der Einschätzung des/der Unterzeichnenden die begutachtete Person in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an einer gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.

☐ keine Beeinträchtigungen

Erläuterung:

Eine Beeinträchtigung in diesem Sinne liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Ist die begutachtete Person deshalb aus Ihrer Sicht als Mensch mit Behinderung an der Teilhabefähigkeit an der Gesellschaft wesentlich eingeschränkt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, eine Behinderung liegt bereits vor
- ☐ Nein, aber eine Behinderung droht
  (Menschen sind von einer Behinderung bedroht,
  wenn eine Beeinträchtigung im o. g. Sinne zu erwarten ist.)
- ☐ kann nicht abschließend beurteilt werden.

A.5 Liegen medizinische Gründe für eine Erwerbsminderung vor?

- ☐ Ja (Bitte nachfolgende Fragen beantworten)
  - ☐ Dauernd
  - ☐ Vorrübergehend
- ☐ Nein
- ☐ Nicht bekannt

Erläuterung

A.6 Sollte aufgrund der unter Nr. 3 beschriebenen Beeinträchtigungen die Notwendigkeit von Pflegeleistungen geprüft werden?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Aussage

Sind pflegerische Leistungen bereits anerkannt?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht bekannt

Bekannter Pflegegrad?

Zu berücksichtigende Besonderheiten (z. B. Kranken- und Behandlungspflege):

A.7 Liegen Informationen vor, ob die Behinderung(en) die Folge ist/sind

- ☐ eines Unfalls (auch Unfall der Mutter während der Schwangerschaft)
- ☐ einer Wehrdienst- bzw. Zivildienstbeschädigung
- ☐ einer Gewalttat/ Vertreibung/ Verfolgung
- ☐ eines Geburtsschaden (aufgrund Verschuldens Dritter, Behandlungsfehler)
- ☐ Nicht bekannt.

A.8 Liegt ein Unterbringungsbeschluss nach § 1831 BGB vor?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, eingeleitet

  Wenn bekannt, Datum und zuständiges Betreuungsgericht benennen:

- ☐ Ja, genehmigt

  Wenn bekannt, Aktenzeichen des Beschlusses und Dauer benennen:

A.9 Weitere Anmerkungen

Die betroffene Person hat die/den behandelnde/n bzw. mit dieser medizinischen Stellungnahme beauftragte/n Arzt/ Ärztin von der Schweigepflicht entbunden und ihre Einwilligung zur Übermittlung der ärztlichen Informationen an den Eingliederungshilfeträger erklärt (siehe beigefügte Anlage in zweifacher Ausfertigung), soweit sie für die Entscheidung über die Einleitung von Leistungen / Hilfen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX erforderlich sind. Insoweit besteht für Sie als Arzt/ Ärztin gem. § 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB X die Verpflichtung, dem Eingliederungshilfeträger die entsprechenden Auskünfte in dieser medizinischen Stellungnahme zu erteilen.
(Schweigepflichtentbindung liegt bei).

Die Medizinische Stellungnahme wurde erstellt:

☐ Berichterstatter/in ist behandelnder Arzt/Ärztin, Institution/en. Wenn ja, seit ⓘ

☐ Erstellt aufgrund eigener ärztlicher Untersuchung am

☐ Erstellt aufgrund vorliegender Unterlagen/ vorliegender Arztbriefe/ oder sonstiger Erkenntnisse ⓘ

☐ Folgende Personen haben bei der Erstellung dieser Medizinischen Stellungnahme mitgewirkt: ⓘ

☐ Schweigepflichtentbindung liegt vor

Ort, Datum	Unterschrift des Arztes/der Ärztin/Institution/en

Bedarfsermittlung für Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch

Eingliederungshilfe für , geb.

Anlage
Einwilligung/Schweigepflichtsentbindung (3-fach)

Sehr geehrte(r),

zur rechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfs wurde das Gesamtplanverfahren nach den §§ 117 ff SGB IX in die Wege geleitet. Hierzu sind eine medizinische Stellungnahme des behandelnden Arztes,
sowie weitere Angaben zur Bedarfsermittlung zur Erstellung eines Gesamtplans erforderlich.

Die Einbeziehung des/der behandelnden Arztes/Ärztin bedarf grundsätzlich einer Einwilligung zur Datenverarbeitung/Entbindung von der Schweigepflicht durch den/die Leistungsberechtigte/n/gesetzliche/n Vertreter/in/ Bevollmächtigte/n (Nichtzutreffendes streichen).
Wir bitten Sie deshalb um Ihre Einwilligung/Schweigepflichtsentbindung auf nachstehendem Muster und um Rücksendung an uns (2-fach). Eine Ausfertigung ist für Ihre Unterlagen bestimmt.

Diese Einwilligung/Schweigepflichtsentbindung ist freiwillig. Sie können diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen oder abändern.
Wir weisen auf die gesonderte Information zum Gesamtplanverfahren und die allgemeinen datenschutzrechtlichen Informationen hin.

Mit freundlichen Grüßen

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Einwilligung/ Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht zur Vorlage beim Träger der Eingliederungshilfe zur Einleitung des Gesamtplanverfahrens nach dem SGB IX

1. Erklärung über die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Persönliche Angaben
(von der antragstellenden Person, bzw. Sorgeberechtigten/rechtlichen Betreuer/in selbst auszufüllen)

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ Wohnort)	
Name und Anschrift des/der Sorgeberechtigte/n bzw. des/der rechtlichen Betreuers/-in (Kopie der Bestellungsurkunde/ des Betreuerausweises beifügen)	

Hiermit entbinde ich den Berufsgeheimnisträger:

meine/n behandelnde/n Arzt/Ärztin

von seiner/ihrer Schweigepflicht hinsichtlich meiner ihm/ihr vorliegenden personenbezogenen/medizinischen Daten zum Zweck der Durchführung des Gesamtplanverfahrens, soweit sie für diesen Zweck erforderlich sind. Von der Medizinischen Stellungnahme erhalte ich eine Ausfertigung.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die in diesem ärztlichen Bericht erhobenen Daten dem Träger der Eingliederungshilfe die rechtliche und fachliche Abklärung meines individuellen Hilfebedarfs ermöglichen sollen und zur Erstellung eines Gesamtplans nach §§ 117 ff. SGB IX für die Durchführung der einzelnen Maßnahmen bestimmt sind.

Ort, Datum	Unterschrift

2. Datenschutzrechtliche Einwilligungen

Datenverarbeitung Bezirk

Ich bin damit einverstanden, dass der Bezirk Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Auskünfte aus ärztlichen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, erhebt und verarbeitet (§ 100 Abs. 1 Nr. 2 SGB X).

Ja ☐ Nein ☐

Weitergabe von Daten an andere Dritte

Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe die im Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Rehabilitationsträger und Sozialleistungsträger (z. B. Rentenversicherungsträger, Kranken- und Pflegeversicherung) weitergeben darf, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 des SGB X).

Ja ☐ Nein ☐

Ort, Datum	Unterschrift

3. Widerspruchs- und Widerrufsrecht

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden,

- dass ich der Übermittlung meiner Sozialdaten generell vorab widersprechen kann (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X)

und

- dass ich diese Einwilligungen/ärztliche Schweigepflichtsentbindung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (§ 67b Abs. 2 Satz 3 SGB X).

Ein Widerruf berührt die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Datenverarbeitungen nicht.

Der Widerspruch bzw. Widerruf kann schriftlich oder elektronisch erfolgen.

4. Mitwirkungspflichten

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie bzw. die von Ihnen vertretene nachfragende Person im Rahmen der Antragstellung verpflichtet sind/ist, alle Tatsachen anzugeben, die für die Bewilligung der Leistung erheblich sind, entsprechende, relevante Nachweise vorzulegen, sich auf Verlangen ärztlichen und/oder psychologischen Untersuchungen zu unterziehen. Kommen Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann nach § 66 SGB I die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden.

5. Informationen zu den Rechtsgrundlagen und zum Datenschutz

Verantwortlicher i. S. d. DSGVO:

Bezirk

Datenschutzbeauftragter:

Wir verweisen auf die Datenschutzhinweise zu den Informationspflichten des Bezirks nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit § 82 SGB X und § 82a SGB X (abrufbar unter).

Weitere Rechtsgrundlagen, die im Zusammenhang mit der Schweigepflichtsentbindung von Bedeutung sind:

- § 35 SGB I (Sozialgeheimnis)
- §§ 117 ff SGB IX i. V. m. §§ 67 ff. SGB X (Datenverarbeitung und -nutzung)
- §§ 60 – 67 SGB I (Mitwirkungspflichten)
- § 25 SGB X (Akteneinsicht)
- § 76 SGB X (Besonders schutzwürdige Sozialdaten)
- § 67 b Abs. 2 SGB X i. V. m. Artikel 7 EU-DSGVO (Bedingungen für die Einwilligung)