

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
(Vater)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
(Mutter)

Anschrift

---

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

**Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Einwilligungserklärung gem. § 67 SGB X**

Hier: \_\_\_\_\_  
(Name des Kindes und Geburtsdatum)

Hiermit stimmen wir als Personensorgeberechtigte der Erteilung von ärztlichen Auskünften und der Vorlage ärztlicher Unterlagen durch die behandelnden Ärzte und Stellen zu. Wir sind damit einverstanden, dass der Märkische Kreis die ihm bekannten Angaben zur Durchführung von Aufgaben der Sozialhilfe verwendet. Wir willigen ein, dass die Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche und soziale Aufgaben übermittelt werden dürfen (§§ 69 Abs. 1 Nr. 1, 76 Abs. 2 SGB X).

Gleichzeitig sind wir damit einverstanden, dass auch andere personenbezogene Daten durch die genannten Personen und Stellen an den Märkischen Kreis offenbart werden, soweit dies zur Entscheidung über die Gewährung der beantragten Leistungen erforderlich ist.

Wir versichern die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en

**Behandelnde Ärzte und Stellen**

Stelle	Funktion / Name	Adresse
Märkischer Kreis	Fachdienst Soziales / Schulamt /Fachdienst Schwerbehinder- tenrecht	
Kinderarzt/Facharzt		
Schule		