

Landesamt für Soziales

Schwerbehindertenangelegenheit

.....
Name, Vorname

.....
geb. am

.....
Anschrift

Einwilligungserklärung

**§ 12 Abs. 2 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung (VfG-KOV),
§§ 67 ff, 100 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X)-**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesamt für Soziales bei dem im Antrag/Nachuntersuchungsfragebogen angegebenen Ärzten, Krankenhäusern, Behörden, Sozialversicherungsträgern (z.B. Rentenversicherungsträgern, Kranken-/Pflegekasse, Berufsgenossenschaft) und privaten Kranken-/Pflegeversicherungsunternehmen Auskünfte einholt und die dort geführten Unterlagen (auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen gefertigt worden sind) bezieht, sofern dies für die Feststellung/Überprüfung im Schwerbehindertenrecht erforderlich ist.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren/Verfahren von Amts wegen und entbinde die beteiligten Ärzte von der Schweigepflicht.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag/Nachuntersuchungsfragebogen eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. anschließendes Widerspruchsverfahren.

Ich stimme der Verwertung der Unterlagen und Auskünfte im Feststellungsverfahren/Verfahren von Amts wegen zu und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Raum für etwaige Einschränkungen der Einwilligung:

.....
Datum

.....
Unterschrift
