

# Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht sowie  
datenschutzrechtliche Einwilligung

**Familienname:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Gesetzlicher Vertreter:**

Hiermit stimme ich der Erteilung von ärztlichen Auskünften und der Vorlage ärztlicher Unterlagen gegenüber der nachgenannten Behörde zu, soweit sie zur Erfüllung von Aufgaben der Sozialhilfe erforderlich sind.

Diese Erklärung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung

AZ:

(Ort, Datum)

(Unterschrift)