

**Anlage**  
zum Antrag auf Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)

für:

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

**SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG**

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 zu verwenden.

**Alle Ärzte, Krankenhäuser, Kliniken und Reha-Einrichtungen, die mich behandelt oder untersucht haben 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 zur notwendigen Bedarfsfeststellung herauszugeben.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/bzw. Betreuer