

Abteilung Gesundheit  
Schloßplatz 6  
21423 Winsen (Luhe)  
Telefon: 04171 693 568  
Telefax: 04171 693 99 602  
E-Mail:

[eingliederungshilfe@lkharburg.de](mailto:eingliederungshilfe@lkharburg.de)

## **Entbindung von der Schweigepflicht**

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Mitarbeiter/ -innen der Abteilung Gesundheit (Sozialpsychiatrischer Dienst, ärztlicher Dienst und Teilhabe für erwachsene Menschen mit Behinderungen/ Eingliederungshilfe) Informationen und Gutachten über mich

, geboren am

einholen, sofern diese zur weiteren Bearbeitung meines Antrags / meiner Anträge auf Eingliederungshilfe erforderlich sind.

Der Sozialpsychiatrische Dienst, der ärztliche Dienst und die Teilhabe für erwachsene Menschen mit Behinderungen (Eingliederungshilfe) dürfen sich im Interesse der Optimierung der Hilfe fachlich untereinander und mit beteiligten Ärzten und Hilfeanbietern austauschen.

Diese Schweigepflichtentbindung kann von mir jederzeit schriftlich widerrufen werden.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift)