

**Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)  
 Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**
**Entbindung von der Schweigepflicht (gemäß § 203 Strafgesetzbuch [StGB])**

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort)		

Anlass der Schweigepflichtentbindung: Antrag auf Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII
--

Ich entbinde mit dieser Erklärung die aufgeführten Ärztinnen/Ärzte bzw. Behörden und Institutionen gegenüber dem Landkreis Verden – Fachdienst Soziales/Fachdienst Gesundheit - von der ihnen obliegenden Schweigepflicht:

	Name, Anschrift, Kontaktdaten Ansprechpartnerin/Ansprechpartner	Datum	Unterschrift
<input type="checkbox"/> Hausärztin/ Hausarzt			
<input type="checkbox"/> Fachärztin/ Facharzt			
<input type="checkbox"/> Klinik			
<input type="checkbox"/> Krankenkasse			
<input type="checkbox"/> Deutsche Renten- versicherung			
<input type="checkbox"/>			

Ich willige in die Verarbeitung meiner Daten ein. Die anliegende Belehrung zu dieser Einwilligung habe ich gelesen. Den Inhalt und insbesondere meine Rechte habe ich zur Kenntnis genommen.

Die Belehrung zur Einwilligungserklärung nach Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) habe ich erhalten.

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

 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers oder der gesetzlichen  
 Vertretung oder der Betreuerin/des Betreuers bzw. Bevollmächtigten