

Name, Vorname:

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort):

Geschäftszeichen des LWV Hessen: _____

Erklärung über die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit befreie ich Frau / Herrn _____ von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Landeswohlfahrtsverband Hessen, überörtlicher Sozialhilfeträger, bezüglich des mich/meine(n) Betreute(n) / mein Mündel/mein Kind _____ betreffenden ärztlichen Befundberichtes / Gutachtens vom _____. Ich bevollmächtige Frau / Herrn _____ zur Weiterleitung der o.a. Unterlagen an den Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, überörtlicher Sozialhilfeträger, zum Zwecke der Entscheidung über die dort beantragte Weiter-/Bewilligung von Leistungen der Sozialhilfe.

Den Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) - Allgemeiner Teil - über die Mitwirkung des Leistungsberechtigten (§§ 60 bis 67 SGB I) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift der nachfragenden Person bzw. der /
des gesetzlichen Vertreters (in)

Zur Weiterleitung an:

Landeswohlfahrtsverband Hessen
- überörtlicher Sozialhilfeträger-
Zielgruppenmanagement 204 206 207

Geschäftszeichen, soweit bekannt