

**An den Leistungsträger:**

## Ermittlung des individuellen Bedarfes für Leistungen der Teilhabe in Bayern

### Medizinische Stellungnahme

zum Vorliegen von körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen  
und damit zusammenhängenden Beeinträchtigungen der Körperfunktionen

**Verfasst von:**

**Dienststelle/Institution:**

**PLZ, Wohnort:**

**Straße, Haus-Nr.:**

**Arzt/Ärztin:**

**Fachrichtung:**

**Telefon:**

**Fax:**

**E-Mail-Adresse:**

Die Medizinische Stellungnahme wurde erstellt am

Die in dieser Medizinischen Stellungnahme erhobenen Daten dienen ausschließlich der rechtlichen und fachlichen Bedarfsermittlung des individuellen Hilfebedarfs entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen des § 118 SGB IX i. V. m. § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.

Diese Stellungnahme ist wesentlicher Bestandteil einer personenzentrierten Bedarfserhebung und stellt eine grundlegende Voraussetzung für eine kooperative und systematische Erstellung eines Gesamtplanes für eine personenzentrierte Hilfestellung dar. Die antragstellende Person erhält eine Ausfertigung dieses Berichts.

Es wird gebeten, das vorgegebene Schema zu verwenden und Angaben möglichst vollständig und umfassend zu machen.

Anlagen:

Schweigepflichtentbindung (3-fach)

#### **Hinweis zur Entschädigung/Rechnungsstellung/Vergütung**

Für die Ausfertigung der medizinischen Stellungnahme kann nach GOÄ die Abrechnungsziffer 85 - *aufwendige schriftliche gutachtliche Äußerung, je angefangene Stunde Arbeitszeit (500 Punkte) (i.d.R. 2,3facher Satz)* berechnet werden.

Die Rechnung ist an den zuständigen Bezirk zu adressieren. Dabei sind der Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten/Klienten zwingend anzugeben.

**A.1 Personalien des Patienten/der Patientin:**

Name, Vorname:

PLZ, Wohnort:

Straße, Haus-Nr.:

Geburtsdatum:

**A.2 Relevante Diagnose(n) nach ICD-10 (Pflichtfeld)**

Geben Sie hier die ICD-10 Diagnose(n) ein.

**A.2.1 Diagnosebegründende Befunde (Pflichtfeld)**

(z. B. Fachärztl. Gutachten, Entlassungsberichte medizinischer Einrichtungen, SPZ/MZEB; IQ-Testungen mit Ergebnis usw.)

Berichte anfügen, falls relevant

**A.3 ICF-basierte Beschreibung der Einschränkungen der Körperfunktionen**

(physiologische Funktionen von Körpersystemen, einschließlich psychologischer Funktionen)

**A.3.1 Liegen Beeinträchtigungen mentaler Funktionen nach Kapitel 1 der Körperfunktionen der ICF vor?**
 Ja
  Nein
  nicht bekannt

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

1. Mentale Funktionen		
Globale mentale Funktionen (b110 – b139)		
b110 Funktionen des Bewusstseins		
b114 Funktionen der Orientierung		
b117 Funktionen der Intelligenz		

b122 Globale psychosoziale Funktionen		
b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit		
b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs		
b134 Funktionen des Schlafes		
b139 Globale mentale Funktionen, anders oder nicht spezifiziert		
<b>Spezifische mentale Funktionen (b140 – b189)</b>		
b140 Funktionen der Aufmerksamkeit		
b144 Funktionen des Gedächtnisses		
b147 Psychomotorische Funktionen		
b152 Emotionale Funktionen		
b156 Funktionen der Wahrnehmung		

b160 Funktionen des Denkens		
b164 Höhere kognitive Funktionen		
b167 Kognitiv-sprachliche Funktionen		
b172 Das Rechnen betreffende Funktionen		
b176 Mentale Funktionen, die die Durchführung komplexer Bewegungen betreffen		
b180 Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen		
b189 Spezielle mentale Funktionen, anders oder nicht spezifiziert		

Weitere Erläuterungen

**Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

**Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, welche?

**Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

**A.3.2 Liegen Beeinträchtigungen von Sinnesfunktionen und Schmerz nach Kap. 2 der Körperfunktionen der ICF vor?**

Ja  Nein  nicht bekannt

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

<b>2. Sinnesfunktionen und Schmerz</b>		
<b>Seh- und verwandte Funktionen (b210-b229)</b>		
b210 Funktionen des Sehens (Sehsinn)		
b215 Funktionen von Strukturen, die in Verbindung mit dem Auge stehen		
b220 Mit dem Auge und angrenzenden Strukturen verbundene Empfindungen		
b229 Seh- und verwandte Funktionen, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
<b>Hör- und Vestibularfunktionen (b230-b249)</b>		
b230 Funktionen des Hörens (Hörsinn)		
b235 Vestibuläre Funktionen		

b240 Mit dem Hör- und vestibulären Funktionen verbundene Empfindungen		
b249 Hör- und Vestibularfunktionen, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
<b>Weitere Sinnesfunktionen (b250-b279)</b>		
b250 Funktionen des Schmeckens (Geschmackssinn)		
b255 Funktionen des Riechens		
b260 Die Proprioception betreffende Funktionen		
b265 Funktionen des Tastens (Tastsinn)		
b270 Sinnesfunktionen bezüglich Temperatur und anderer Reize		
b279 Weitere Sinnesfunktionen, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		

<b>Schmerz (b280-b299)</b>		
b280 Schmerz		
b289 Schmerz, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
b298 Sinnesfunktionen und Schmerz, anders spezifiziert		
b299 Sinnesfunktionen und Schmerz, nicht spezifiziert		

Weitere Erläuterungen

**Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

**Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, welche?

**Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

**A.3.3 Liegen Beeinträchtigungen der Stimm- und Sprechfunktionen nach Kap. 3 der Körperfunktionen der ICF vor?**

Ja  Nein  nicht bekannt

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

<b>3. Stimm- und Sprechfunktionen</b>		
b310 Funktionen der Stimme		
b320 Artikulationsfunktionen		

b330 Funktionen des Redeflusses und Sprechrhythmus		
b340 Alternative stimmliche Äußerungen		
b398 Stimm- und Sprechfunktionen, anders spezifiziert		
b399 Stimm- und Sprechfunktionen, nicht spezifiziert		

Weitere Erläuterungen

**Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

**Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, welche?

**Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

**A.3.4 Liegen Beeinträchtigungen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems (bei Kindern und Jugendlichen einschließlich Entwicklungsverzögerungen) nach Kap. 4 der Körperfunktionen der ICF (bei Kindern und Jugendlichen: ICF-CY) vor?**

- Ja
  Nein
  nicht bekannt

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

<b>4. Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems</b>		
<b>Funktionen des kardiovaskulären Systems (b410-b429)</b>		
b410 Herzfunktionen		
b415 Blutgefäßfunktionen		
b420 Blutdruckfunktionen		
b429 Funktionen des kardiovaskulären Systems, anders spezifiziert		
<b>Funktionen des hämatologischen und des Immunsystems (b430-439)</b>		
b430 Funktionen des hämatologischen Systems		
b435 Funktionen des Immunsystems		
b439 Funktionen des hämatologischen und Immunsystems, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		

<b>Funktionen des Atmungssystems (b440-449)</b>		
b440 Atmungsfunktionen		
b445 Funktionen der Atemmuskulatur		
b449 Funktionen des Atmungssystems, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
<b>Weitere Funktionen und Empfindungen, die das kardiovaskuläre und Atmungssystem betreffen (b450-b469)</b>		
b450 Weitere Atmungsfunktionen		
b455 Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit		
b460 Mit dem kardiovaskulären und Atmungssystem verbundene Empfindungen		
b469 Weitere Funktionen und Empfindungen des kardiovaskulären und Atmungssystem, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
b498 Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems, anders spezifiziert		
b499 Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems, nicht spezifiziert		

Weitere Erläuterungen

**Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

**Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, welche?

**Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

**A.3.5 Liegen Beeinträchtigungen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems nach Kap. 5 der Körperfunktionen der ICF vor?**

Ja  Nein  nicht bekannt

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

<b>5. Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems</b>		
<b>Funktionen im Zusammenhang mit dem Verdauungssystem (b510-b539)</b>		
b510 Funktionen der Nahrungsaufnahme		
b515 Verdauungsfunktionen		
b520 Funktionen der Nahrungsmittelassimilation		
b525 Defäkationsfunktionen		
b530 Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts		

b535 Mit dem Verdauungssystem verbundene Empfindungen		
b539 Funktionen im Zusammenhang mit dem Verdauungssystem, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
<b>Funktionen im Zusammenhang mit dem Stoffwechsel- und dem endokrinen System (b540-b559)</b>		
b540 Allgemeine Stoffwechselfunktionen		
b545 Funktionen des Wasser-, Mineral- und Elektrolythaushalts		
b550 Funktionen der Wärmeregulation		
b555 Funktionen der endokrinen Drüsen		
b569 Funktionen im Zusammenhang mit dem Stoffwechsel- und dem endokrinen System, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
b598 Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und des endokrinen Systems, anders spezifiziert		
b599 Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und des endokrinen Systems, nicht spezifiziert		

Weitere Erläuterungen

**Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

**Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?**

- Ja  Nein

Falls ja, welche?

**Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?**

- Ja  Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

**A.3.6 Liegen Beeinträchtigungen des Urogenital- und reproduktiven Systems nach Kap. 6 der Körperfunktionen der ICF vor?**

- Ja  Nein  nicht bekannt

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

<b>6. Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems</b>		
<b>Funktionen der Harnbildung und Harnausscheidung (b610-b639)</b>		
b610 Harnbildungsfunktionen		
b620 Miktionsfunktionen		
b630 Mit der Harnbildung und -ausscheidung verbundene Empfindungen		
b639 Funktionen der Harnbildung und Harnausscheidung, anders oder nicht näher bezeichnet		

<b>Genital- und reproduktive Funktionen (b640-b679)</b>		
b640 Sexuelle Funktionen		
b650 Menstruationsfunktionen		
b660 Fortpflanzungsfunktionen		
b670 Mit den Genital- und reproduktiven Funktionen verbundene Empfindungen		
b679 Genital- und reproduktive Funktionen, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
b698 Funktionen des Urogenitalsystems und der Reproduktion, anders spezifiziert		
b699 Funktionen des Urogenitalsystems und der Reproduktion, nicht spezifiziert		

Weitere Erläuterungen

**Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

**Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, welche?

**Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

**A.3.7 Liegen Beeinträchtigungen der neuromuskuloskeletalen und bewegungsbezogenen Funktionen nach Kap. 7 der Körperfunktionen der ICF vor?**

Ja  Nein  nicht bekannt

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

<b>7. Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen</b>		
<b>Funktionen der Gelenke und Knochen (b710-b729)</b>		
b710 Funktionen der Gelenkbeweglichkeit		
b715 Funktionen der Gelenkstabilität		
b720 Funktionen der Beweglichkeit der Knochen		
b729 Funktionen der Gelenke und Knochen, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
<b>Funktionen der Muskeln (b730-b749)</b>		
b730 Funktionen der Muskelkraft		
b735 Funktionen des Muskeltonus		

b740 Funktionen der Muskelausdauer		
b749 Funktionen der Muskeln, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
<b>Funktionen der Bewegung (b750-b789)</b>		
b750 Funktionen der motorischen Reflexe		
b755 Funktionen der unwillkürlichen Bewegungsreaktionen		
b760 Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen		
b765 Funktionen der unwillkürlichen Bewegungen		
b770 Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen		
b780 Mit den Funktionen der Muskeln und der Bewegung im Zusammenhang stehende Empfindungen		
b789 Funktionen der Bewegung, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
b798 Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen, anders spezifiziert		

Weitere Erläuterungen

**Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

**Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, welche?

**Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

**A.3.8 Liegen Beeinträchtigungen der Haut und der Hautanhangsgebilde nach Kap. 8 der Körperfunktionen der ICF vor?**

Ja  Nein  nicht bekannt

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

<b>8. Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde</b>		
<b>Funktionen der Haut (b810-b849)</b>		
b810 Schutzfunktionen der Haut		
b820 Heilfunktionen der Haut		
b830 Andere Funktionen der Haut		
b840 Auf die Haut bezogene Empfindungen		
b849 Funktionen der Haut, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
<b>Funktionen des Haars und der Nägel (b850-869)</b>		
b850 Funktionen des Haars		

b860 Funktionen der Nägel		
b869 Funktionen des Haars und der Nägel, anders spezifiziert oder nicht spezifiziert		
b898 Funktionen der Haut und verwandter Strukturen, anders spezifiziert		
b899 Funktionen der Haut und verwandter Strukturen, nicht spezifiziert		

Weitere Erläuterungen

**Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

**Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, welche?

**Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?**

Ja  Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

**Ist eine Krankenhausbegleitung erforderlich?**

Ja  Nein

**A.4 Bei der begutachteten Person liegen zum Zeitpunkt der Befunderhebung**

körperliche,  Folgen einer Suchterkrankung,  
 seelische,  Sinnesbeeinträchtigung  
 geistige,  
Beeinträchtigungen oder

vor, die nach der Einschätzung des/der Unterzeichnenden die begutachtete Person in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an einer gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.

keine Beeinträchtigungen

Erläuterung:

Eine Beeinträchtigung in diesem Sinne liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

**Ist die begutachtete Person deshalb aus Ihrer Sicht als Mensch mit Behinderung an der Teilhabefähigkeit an der Gesellschaft wesentlich eingeschränkt?**

- Nein
- Ja, eine Behinderung liegt bereits vor
- Nein, aber eine Behinderung droht  
(Menschen sind von einer Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung im o. g. Sinne zu erwarten ist.)
- kann nicht abschließend beurteilt werden.

**A.5 Liegen medizinische Gründe für eine Erwerbsminderung vor?**

- Ja (Bitte nachfolgende Fragen beantworten)      Nein
- Dauernd      Nicht bekannt
- Vorrübergehend

Erläuterung

**A.6 Sollte aufgrund der unter Nr. 3 beschriebenen Beeinträchtigungen die Notwendigkeit von Pflegeleistungen geprüft werden?**

- Ja       Nein       Keine Aussage

**Sind pflegerische Leistungen bereits anerkannt?**

- Ja       Nein       Nicht bekannt

Bekannter Pflegegrad?

Zu berücksichtigende Besonderheiten (z. B. Kranken- und Behandlungspflege):

#### **A.7 Liegen Informationen vor, ob die Behinderung(en) die Folge ist/sind**

- eines Unfalls (auch Unfall der Mutter während der Schwangerschaft)
- einer Wehrdienst- bzw. Zivildienstbeschädigung
- einer Gewalttat/ Vertreibung/ Verfolgung
- eines Geburtsschaden (aufgrund Verschuldens Dritter, Behandlungsfehler)
- Nicht bekannt.

#### **A.8 Liegt ein Unterbringungsbeschluss nach § 1831 BGB vor?**

- Nein
- Ja, eingeleitet  
Wenn bekannt, Datum und zuständiges Betreuungsgericht benennen:
- Ja, genehmigt  
Wenn bekannt, Aktenzeichen des Beschlusses und Dauer benennen:

#### **A.9 Weitere Anmerkungen**

**Die betroffene Person hat die/den behandelnde/n bzw. mit dieser medizinischen Stellungnahme beauftragte/n Arzt/ Ärztin von der Schweigepflicht entbunden und ihre Einwilligung zur Übermittlung der ärztlichen Informationen an den Eingliederungshilfeträger erklärt (siehe beigefügte Anlage in zweifacher Ausfertigung), soweit sie für die Entscheidung über die Einleitung von Leistungen / Hilfen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX erforderlich sind. Insoweit besteht für Sie als Arzt/ Ärztin gem. § 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB X die Verpflichtung, dem Eingliederungshilfeträger die entsprechenden Auskünfte in dieser medizinischen Stellungnahme zu erteilen.**

(Schweigepflichtentbindung liegt bei).

**Die Medizinische Stellungnahme wurde erstellt:**

- Berichterstatter/in ist behandelnder Arzt/Ärztin, Institution/en. Wenn ja, seit
  - Erstellt aufgrund eigener ärztlicher Untersuchung am
  - Erstellt aufgrund vorliegender Unterlagen/ vorliegender Arztbriefe/ oder sonstiger Erkenntnisse
  - Folgende Personen haben bei der Erstellung dieser Medizinischen Stellungnahme mitgewirkt:
- 
- Schweigepflichtentbindung liegt vor

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Arztes/der Ärztin/Institution/en

---

**Bedarfsermittlung für Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch**

**Eingliederungshilfe für**

**, geb.**

Anlage

Einwilligung/Schweigepflichtsentbindung (3-fach)

Sehr geehrte(r),

zur rechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfs wurde das Gesamtplanverfahren nach den §§ 117 ff SGB IX in die Wege geleitet. Hierzu sind eine medizinische Stellungnahme des behandelnden Arztes, sowie weitere Angaben zur Bedarfsermittlung zur Erstellung eines Gesamtplans erforderlich.

Die Einbeziehung des/der behandelnden Arztes/Ärztin bedarf grundsätzlich einer Einwilligung zur Datenverarbeitung/Entbindung von der Schweigepflicht durch den/die Leistungsberechtigte/n/gesetzliche/n Vertreter/in/ Bevollmächtigte/n (Nichtzutreffendes streichen).

Wir bitten Sie deshalb um Ihre Einwilligung/Schweigepflichtsentbindung auf nachstehendem Muster und um Rücksendung an uns (2-fach). Eine Ausfertigung ist für Ihre Unterlagen bestimmt.

Diese Einwilligung/Schweigepflichtsentbindung ist freiwillig. Sie können diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen oder abändern.

Wir weisen auf die gesonderte Information zum Gesamtplanverfahren und die allgemeinen datenschutzrechtlichen Informationen hin.

Mit freundlichen Grüßen

---

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

### Einwilligung/ Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht zur Vorlage beim Träger der Eingliederungshilfe zur Einleitung des Gesamtplanverfahrens nach dem SGB IX

#### 1. Erklärung über die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Persönliche Angaben

(von der antragstellenden Person, bzw. Sorgeberechtigten/rechtlichen Betreuer/in selbst auszufüllen)

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ Wohnort)	
Name und Anschrift des/der Sorgeberechtigte/n bzw. des/der rechtlichen Betreuers/-in (Kopie der Bestellsurkunde/ des Betreuerausweises beifügen)	

Hiermit entbinde ich den Berufsgeheimnisträger:

meine/n behandelnde/n Arzt/Ärztin

von seiner/ihrer Schweigepflicht hinsichtlich meiner ihm/ihr vorliegenden personenbezogenen/medizinischen Daten zum Zweck der Durchführung des Gesamtplanverfahrens, soweit sie für diesen Zweck erforderlich sind. Von der Medizinischen Stellungnahme erhalte ich eine Ausfertigung.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die in diesem ärztlichen Bericht erhobenen Daten dem Träger der Eingliederungshilfe die rechtliche und fachliche Abklärung meines individuellen Hilfebedarfs ermöglichen sollen und zur Erstellung eines Gesamtplans nach §§ 117 ff. SGB IX für die Durchführung der einzelnen Maßnahmen bestimmt sind.

Ort, Datum	Unterschrift

## 2. Datenschutzrechtliche Einwilligungen

Datenverarbeitung Bezirk

Ich bin damit einverstanden, dass der Bezirk **Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.** Auskünfte aus ärztlichen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, erhebt und verarbeitet (§ 100 Abs. 1 Nr. 2 SGB X).

Ja       Nein

Weitergabe von Daten an andere Dritte

Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe die im Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Rehabilitationsträger und Sozialleistungsträger (z. B. Rentenversicherungsträger, Kranken- und Pflegeversicherung) weitergeben darf, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 des SGB X).

Ja       Nein

Ort, Datum	Unterschrift

## 3. Widerspruchs- und Widerrufsrecht

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden,

- dass ich der Übermittlung meiner Sozialdaten generell vorab widersprechen kann (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X)

und

- dass ich diese Einwilligungen/ärztliche Schweigepflichtsentbindung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (§ 67b Abs. 2 Satz 3 SGB X).

Ein Widerruf berührt die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Datenverarbeitungen nicht.

Der Widerspruch bzw. Widerruf kann schriftlich oder elektronisch erfolgen.

## 4. Mitwirkungspflichten

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie bzw. die von Ihnen vertretene nachfragende Person im Rahmen der Antragstellung verpflichtet sind/ist, alle Tatsachen anzugeben, die für die Bewilligung der Leistung erheblich sind, entsprechende, relevante Nachweise vorzulegen, sich auf Verlangen ärztlichen und/oder psychologischen Untersuchungen zu unterziehen. Kommen Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann nach § 66 SGB I die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden.

## 5. Informationen zu den Rechtsgrundlagen und zum Datenschutz

Verantwortlicher i. S. d. DSGVO:

Bezirk

Datenschutzbeauftragter:

Wir verweisen auf die Datenschutzhinweise zu den Informationspflichten des Bezirks nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit § 82 SGB X und § 82a SGB X (abrufbar unter ).

Weitere Rechtsgrundlagen, die im Zusammenhang mit der Schweigepflichtsentbindung von Bedeutung sind:

- § 35 SGB I (Sozialgeheimnis)
- §§ 117 ff SGB IX i. V. m. §§ 67 ff. SGB X (Datenverarbeitung und -nutzung)
- §§ 60 – 67 SGB I (Mitwirkungspflichten)
- § 25 SGB X (Akteneinsicht)
- § 76 SGB X (Besonders schutzwürdige Sozialdaten)
- § 67 b Abs. 2 SGB X i. V. m. Artikel 7 EU-DSGVO (Bedingungen für die Einwilligung)