

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

Freiwillige Schweigepflichtentbindung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die MitarbeiterInnen des Sozial- und Wohnungsamtes, Bereich Hilfe zur Pflege der Landeshauptstadt Magdeburg, in meinem Auftrag mit nachfolgend benannten Institutionen und Personen in Kontakt treten dürfen, soweit dies zur Klärung und Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen für die Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61 ff. SGB XII bzw. Ansprüche gegenüber dieser Stelle notwendig ist.

Zutreffendes und Nichtzutreffendes bitte entsprechend ankreuzen!

Nein	Ja	
☐	☐	behandelnder Arzt
☐	☐	Krankenhaus
☐	☐	Krankenkasse / Pflegekasse
☐	☐	Rententräger
☐	☐	Jobcenter
☐	☐	Leistungserbringer der Eingliederungshilfe (ambulant, teilstationär, vollstationär)
☐	☐	Pflegeeinrichtung / Tagespflegeeinrichtung / betreutes Wohnen und ambulante Pflegedienste
☐	☐	Medizinischer Dienst der Krankenkasse (MDK)
☐	☐	andere Sozialämter
☐	☐	rechtliche Betreuer / Vorsorgebevollmächtigte / Sorgeberechtigte
☐	☐	Träger der Grundsicherung / Hilfe zum Lebensunterhalt
☐	☐	Wohngeldstelle
☐	☐	sonstiges: _____

Diese Schweigepflichtentbindung endet mit der Klärung meiner Belange und kann für die Zukunft jederzeit widerrufen werden.

Datum, Unterschrift Antragsteller bzw. gesetzlicher Vertreter