

Einwilligung in die Übermittlung von Daten an das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) und Entbindung von der Schweigepflicht im Verfahren nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz (BayBlindG)

Vor- und Nachname des Antragstellers:		Aktenzeichen:
Anschrift:		

Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales im Rahmen der Bearbeitung meines Verfahrens und eines eventuell sich anschließenden Widerspruchsverfahrens bei Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen und Sozialleistungsträgern (z. B. Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung) und bei sonstigen Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, im **erforderlichen Umfang** Auskünfte einholt. Ich bin auch einverstanden, dass von Fachärzten, welche ich in diesem Antrag angegeben habe, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind. Die Unterlagen sollen nicht älter als fünf Jahre sein.

Dies gilt auch für Fachärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren noch bekanntgeben werde.

Ich entbinde Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen, deren Beteiligung sich aus meinen obigen Angaben ergibt, von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verfahren nach dem BayBlindG zu.

KEINE Auskünfte dürfen eingeholt werden bei: _____

Folgende Unterlagen dürfen NICHT eingeholt werden: _____

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für später genannte Ärzte und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen soweit dies erforderlich ist (Art. 7 Abs. 1 BayBlindG, § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Antragsteller gesetzlicher Vertreter Betreuer Vorsorgevollmacht