

Bitte zurücksenden an:

Bezirk Oberfranken
Sozialverwaltung
Postfach 10 11 52
95411 Bayreuth

Einverständniserklärung (gem. Art. 6 Abs. 1 a, Art. 9 Abs. 2 a Datenschutzgrundverordnung (DSGVO))

Persönliche Angaben der nachfragenden Person

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum/-ort	

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Sozialverwaltung des Bezirks Oberfranken die **im Rahmen der Hilfestellung (z. B. ambulante Betreuung, stationäre Unterbringung, tagesstrukturierende Maßnahmen)**

erforderlichen Auskünfte über	mich	meine/n Betreute/n
-------------------------------	------	--------------------

einholt und die bei Ärzten, Kliniken und Behörden geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Sozialberichte, ärztliche Stellungnahmen usw.) zur Einsicht heranzieht.

Ich genehmige außerdem die Verwertung dieser Unterlagen für gutachterliche Stellungnahmen und Atteste und entbinden die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller (sofern keine Betreuungsperson bestellt wurde)

Unterschrift Betreuer