

Schweigepflichtentbindung und Einwilligungserklärung für die Datenverarbeitung der Sozialpsychiatrischen Hilfen im Gesundheitsamt des Hochsauerlandkreises

Erklärungsgeber:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

Betrifft: Die individuelle Beratung im Rahmen der Sozialpsychiatrischen Hilfen des Hochsauerlandkreises.

Hinweis: Eine zentrale Aufgabe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Hilfen ist u.a. eine Bündelung und Koordination innerhalb der Versorgungslandschaft, um für die Personen eine individuelle Hilfeplanung zu gewährleisten.
Das Angebot richtet sich an alle Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt/ihren Wohnsitz im Hochsauerlandkreis haben.

Erklärung:

Zur Bestimmung von Art und Umfang der von mir erbetenen Beratung stimme ich hiermit der Erteilung von ärztlichen/psychologischen Auskünften und der Vorlage ärztlicher/psychologischer Unterlagen gegenüber dem Hochsauerlandkreis zu.

Ich erteile den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Sozialpsychiatrischen Hilfen die Erlaubnis, die im Rahmen der Beratung erhobenen Daten (ggf. auch notwendiges Bildmaterial) sowie dieses Dokument, **ausschließlich im Bedarfsfall**, den nachfolgenden Stellen übermitteln zu dürfen:

- bei Bedarf einem Amtsarzt/Vertragsarzt des HSK-Gesundheitsamtes _____
- Sachbearbeiter/innen der kommunalen Sozialämter _____
- Vertreter der Leistungsanbieter (ambulant & stationär) _____
- Hausarzt/Hausärztin _____
- Kranken-/ Pflegekasse _____
- Krankenhaus _____
- Amtsgericht _____

Ich wurde in geeigneter Weise über die Bedeutung meiner Einwilligung, insbesondere über den Verwendungszweck der Daten informiert und darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung auch verweigern bzw. für die Zukunft widerrufen kann. Die Hinweise zur Verarbeitung personenbezogener Daten durch den Hochsauerlandkreis gem. §§ 13, 14, 21 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf der Homepage des Hochsauerlandkreises: <https://www.hochsauerlandkreis.de/hochsauerlandkreis/buergerservice/der-datenschutzbeauftragte/informationspflicht>

Ort, Datum _____

(Unterschrift)

(Unterschrift rechtliche Betreuung)