



Anlage zum Antrag auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung zur Prüfung der Voraussetzungen nach § 41 Abs. 3 Sozialgesetzbuch XII - SGB XII - **LANDRATSAMT ERDING**

HINWEIS: Ohne Ihre vollständigen Angaben kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden. Ihre Angaben werden auf Grundlage des § 121 Nr. 1b SGB XII erhoben, gespeichert und genutzt. Die Daten werden gelöscht, wenn sie nicht mehr erforderlich sind.

Antragsteller/in _____ Aktenzeichen _____ Eingang _____

1. Angaben zur dauerhaften Erwerbsminderung

Seit wann und wegen welchen Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsunfähig?

seit _____

wegen _____

Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten? (Art, Umfang, wie viele Stunden täglich?)

Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank? ja nein seit _____

Krankenkasse _____

Sind die Gesundheitsstörungen verursacht worden durch Unfall, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Wehr- oder Zivildienstbeschädigung, Gewahrsam im Sinne des Häftlingsgesetzes? ja nein

durch _____ anerkannt von welcher Stelle _____ Aktenzeichen _____

2. Ärztliche Behandlung in letzter Zeit (ggf. Mehrfachangaben):

Arzt (Name, Anschrift, Telefon) _____ von - bis _____ Behandlung wegen _____

3. Krankenhausbehandlungen in den letzten Jahren:

Krankenhaus (Name, Station, Anschrift, Telefon) _____ von - bis _____ Behandlung wegen _____

4. Ärztliche Untersuchungen in den letzten Jahren:

Von der Krankenkasse (MDK) _____ Aktenzeichen _____ am _____

Von der Agentur für Arbeit _____ Aktenzeichen/Kundennummer _____ am _____

Vom Gesundheitsamt _____ Aktenzeichen _____ am _____

Von der Berufsgenossenschaft _____ Aktenzeichen _____ am _____

Vom Personal-/Betriebsarzt _____ Betrieb. Personalnummer _____ am _____

Vom Versorgungsamt _____ Aktenzeichen _____ am _____ Schwerbehindert Grad d. Behinderung ja nein _____

5. Leistungen zur Rehabilitation

Sind medizinische oder berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation (z.B. Kuren, Umschulungen) erbracht worden? ja nein

Ort	Kostenträger, Aktenzeichen	von - bis
Ort	Kostenträger, Aktenzeichen	von - bis
Ort	Kostenträger, Aktenzeichen	von - bis

6. Sonstige Angaben

Wurde anlässlich eines Rentenanspruches eine ärztliche Untersuchung durchgeführt?

nein ja, bei

Versicherungsträger	Aktenzeichen	Datum
---------------------	--------------	-------

Sind Sie aus gesundheitlichen Gründen gehindert, zur ärztlichen Untersuchung zu kommen?

nein ja, weil _____

7. Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die zuständige Behörde im Rahmen der Bearbeitung meines Antrages auf Grundsicherungsleistungen von den Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Trägern der Sozialversicherung (welche ich im Antrag angegeben habe oder die aus den von mir überlassenen Unterlagen ersichtlich sind) Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde und Röntgenbilder einholt, die sie für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Weiter bin ich einverstanden, dass von Ärzten, die mich behandelt haben, Auskünfte eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigezogen werden können. Das schließt Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Folgende Ärzte bzw. Einrichtungen schließe ich ausdrücklich von dieser Einwilligung aus:

Soweit sie durch diese Erklärung nicht ausdrücklich ausgeschlossen sind, entbinde ich die beteiligten Ärzte von der Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu. Ärztliche Untersuchungen, die während der laufenden Verfahrens stattgefunden haben, werde ich der Behörde umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum:

Unterschrift

Allgemeine Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten durch das Landratsamt Erding und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet unter <https://www.landkreis-erding.de/datenschutzinformationen/> abrufen. Diese Informationen erhalten Sie bei Bedarf auch von den jeweiligen Sachgebieten vor Ort.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

1. Einwilligungserklärung der / des Leistungsberechtigten

Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag auf Leistungen der Grundsicherung

im Alter und bei Erwerbsminderung

für Arbeitssuchende

angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen erhalten darf, die er für die Entscheidung benötigt. Das schließt Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110 / 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) oder §§ 116 / 119 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Leistungsberechtigten erforderlich. Bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person bitte weiter bei Ziffer 2.

Ort, Datum:

.....
Unterschrift der / des Leistungsberechtigten

2. Einwilligungserklärung der Betreuerin / des Betreuers bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Leistungsberechtigten

Bei nachgewiesener fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person ist für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht die Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers erforderlich.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Ort, Datum:

.....
Unterschrift der / des Leistungsberechtigten

Eine aktuelle ärztliche Bescheinigung als Nachweis der fehlenden Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Leistungsberechtigten ist beigelegt.

Informationen für die Antragstellerin / den Antragsteller

Der Rentenversicherungsträger **darf medizinische Daten**, die ihm bereits vorliegen oder die er mit Ihrer Einwilligung erhalten hat, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Versorgungsämter, Berufsgenossenschaften, Sozialämter oder Jobcenter) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben **weitergeben**. Zur eigenen Aufgabenerfüllung darf der Rentenversicherungsträger diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel beauftragte Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 SGB X.

Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Dies kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I -).

Nach Abschluss des Feststellungsverfahrens beim Rentenversicherungsträger werden die medizinischen Unterlagen an den Träger der Grundsicherung übermittelt, sofern eine Erwerbsminderung nicht vorliegt. Sollte eine Erwerbsminderung vorliegen, verbleiben die medizinischen Unterlagen beim Rentenversicherungsträger.

Für Ihre Unterlagen

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

1. Einwilligungserklärung der / des Leistungsberechtigten

Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag auf Leistungen der Grundsicherung

im Alter und bei Erwerbsminderung

für Arbeitssuchende

angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen erhalten darf, die er für die Entscheidung benötigt. Das schließt Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110 / 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) oder §§ 116 / 119 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Leistungsberechtigten erforderlich. Bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person bitte weiter bei Ziffer 2.

Ort, Datum:

.....
Unterschrift der / des Leistungsberechtigten

2. Einwilligungserklärung der Betreuerin / des Betreuers bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Leistungsberechtigten

Bei nachgewiesener fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person ist für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht die Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers erforderlich.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Ort, Datum:

.....
Unterschrift der / des Leistungsberechtigten

Eine aktuelle ärztliche Bescheinigung als Nachweis der fehlenden Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Leistungsberechtigten ist beigelegt.

Informationen für die Antragstellerin / den Antragsteller

Der Rentenversicherungsträger **darf medizinische Daten**, die ihm bereits vorliegen oder die er mit Ihrer Einwilligung erhalten hat, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Versorgungsämter, Berufsgenossenschaften, Sozialämter oder Jobcenter) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben **weitergeben**. Zur eigenen Aufgabenerfüllung darf der Rentenversicherungsträger diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel beauftragte Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 SGB X.

Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Dies kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I -).

Nach Abschluss des Feststellungsverfahrens beim Rentenversicherungsträger werden die medizinischen Unterlagen an den Träger der Grundsicherung übermittelt, sofern eine Erwerbsminderung nicht vorliegt. Sollte eine Erwerbsminderung vorliegen, verbleiben die medizinischen Unterlagen beim Rentenversicherungsträger.