

**Landratsamt Meißen/Kreissozialamt – Sozialhilfe 2**

**SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG**

**zum Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe  
nach § 102 SGB IX**

Posteingangsstempel

|   |                |
|---|----------------|
| Als Sorgeberechtigte/r von  |                |
| geboren am  |                |
| wohnhaft in   |                |
| <b>entbinde/n ich/wir folgende Personen, Ärzte, Therapeuten und Einrichtungen gegenüber dem Kreissozialamt Meißen – Sachgebiet Sozialhilfe 2 – und dem Gesundheitsamt des Landkreises Meißen – Kinder- und Jugendärztlicher Dienst – von ihrer Schweigepflicht.</b><br>Den Ämtern dürfen die aus Untersuchungen zur Beurteilung für die Eingliederungshilfe relevanten Diagnosen/Einschätzungen weitergegeben werden. |                |
| Kinderarzt:   | Name/Anschrift |
| Kita/Ganztagsbetreuung:   | Name/Anschrift |
| Kreisjugendamt:   | Name/Anschrift |
| Familienhelfer:   | Name/Anschrift |
| Therapeuten<br>(z. B. Logopädie, Physiotherapie,<br>Ergotherapie)   | Name/Anschrift |
| Spezifische Einrichtungen<br>(z. B. SPZ, Rehaklinik,<br>Frühförderstelle, Wohnheim)   | Name/Anschrift |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) der/s Personensorgeberechtigten

**WEITERGABE VON EINSCHÄTZUNGEN, DIE DEM AMT VORLIEGEN**

Hiermit wird die Zustimmung erteilt, dass durch das **Kreissozialamt Meißen – Sachgebiet Sozialhilfe 2**, die für die Förderung relevanten Unterlagen (ärztliche Zeugnisse, Berichte von Therapeuten, Kurberichte etc.) an das

Gesundheitsamt des Landkreises Meißen – Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Kreisjugendamt des Landkreises Meißen

in Kopie weitergegeben werden dürfen.

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) der/s Personensorgeberechtigten