

# Einwilligungserklärung

gem. § 60 SGB I

Diese Einwilligungserklärung bezieht sich auf die Daten von

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Einholung von Auskünften durch das Landratsamt Wunsiedel i. Fichtelgebirge – Sozialhilfeverwaltung – einverstanden. Gleichzeitig entbinde ich diese Behörde von der sozialrechtlichen Geheimhaltungspflicht gem. § 35 SGB I und §§ 67 ff SGB X, soweit Angaben für dienstliche Zwecke benötigt werden.

Die einzuholenden Auskünfte beziehen sich auf:

Ärzte, Gesundheitsämter, Krankenanstalten, Pflegeheime, Sozialleistungsträger aller Art, Agenturen für Arbeit, Lastenausgleichs- und Versorgungsämter, Justizvollzugsanstalten sowie sonstige Dienststellen und Arbeitgeber.

Ich befreie alle in Frage kommenden Stellen von ihrer Geheimhaltungspflicht, entbinde beteiligte Ärzte von ihrer Schweigepflicht und bitte darum, der Sozialhilfeverwaltung des Landratsamts Wunsiedel i. Fichtelgebirge jeweils die angeforderten Auskünfte zu erteilen.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift (Vor- und Zuname)

Zurück an

Landratsamt Wunsiedel  
i. Fichtelgebirge  
Fachbereich 22  
95631 Wunsiedel