|  |
| --- |
| Empfänger/-in |

|  |
| --- |
| Absender, Ansprechpartner/-in |

Schweigepflichtsentbindung des behandelnden Arztes / Berufsgeheimnisträgers zur Mitwirkung an der Durchführung/Umsetzung/Anpassung der Teilhabeplanung

Sehr Auswahl [Name],

Auswahl  [Datum] wurde in Abstimmung mit Ihnen eine Teilhabeplanung (§ 19 - 23 SGB IX) durchgeführt. Den Teilhabeplan haben Sie gesondert erhalten, ebenso allgemeine datenschutzrechtliche Informationen und nähere Informationen zur Teilhabeplanung, ihren Zwecken und dem dabei einzuhaltenden Verfahren.

Sinn und Zweck des Teilhabeplans ist es insbesondere, dass die Leistungen nahtlos ineinandergreifen. Hierfür ist es sinnvoll, dass möglichst alle Beteiligten in die Lage versetzt werden, ihre Handlungen und Planungen auf den Teilhabeplan auszurichten. Der Teilhabeplan ist entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation anzupassen, der leistende Reha-Träger ist zur Sicherung des entsprechenden Verfahrens verpflichtet (§ 19 Abs. 3 SGB IX).

Anwendungsfall 1 (Schweigepflichtsentbindung auf Initiative des Rehabilitationsträgers):

Angesichts der uns bisher vorliegenden Informationen zu Ihrem Reha-Bedarf und nach dem bisherigen Verlauf des Verfahrens halten wir es für erforderlich, dass

Anwendungsfall 2 (Schweigepflichtsentbindung auf Initiative des Leistungsberechtigten):

Sie haben den berechtigten Wunsch geäußert, dass

Anwendungsfälle 1 und 2:

* Ihr behandelnder Arzt Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
* Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.[weiterer behandelnder Arzt]
* Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.[anderer Berufsgeheimnisträger]

[durch LRT einzutragen]

an der Durchführung/Umsetzung/Anpassung der Teilhabeplanung beteiligt wird.

Datenverarbeitungen bei dieser Einbindung sind nicht detailliert gesetzlich geregelt. Eine entsprechende nähere Einbeziehung des o. g. Arztes / Berufsgeheimnisträgers bedarf daher grundsätzlich einer Entbindung von der Schweigepflicht durch Sie als Leistungsberechtigten.

Wir bitten Sie deshalb um Ihre Schweigepflichtsentbindung auf nachstehendem Muster. Auch diese Schweigepflichtsentbindung ist selbstverständlich freiwillig. Ebenso können Sie sie jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen oder abändern. Wir beraten und informieren Sie gerne zu näheren Einzelheiten.

Freundliche Grüße

**Entbindung eines Berufsgeheimnisträgers von der Schweigepflicht im Rahmen einer Mitwirkung an der Durchführung/Umsetzung/Anpassung der Teilhabeplanung** (zur Weiterleitung an den Berufsgeheimnisträger)

Hiermit entbinde ich den Berufsgeheimnisträger:

* meine/n behandelnde/n Arzt/Ärztin [Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.]

von seiner Schweigepflicht hinsichtlich meiner ihm/ihr vorliegenden personenbezogenen Daten zum Zweck der Durchführung/Umsetzung/Anpassung der Teilhabeplanung, soweit sie für diesen Zweck erforderlich sind. Dies schließt die Prüfung mit ein, ob ggf. eine solche Anpassung zur Erreichung und Sicherstellung meiner Teilhabe erforderlich ist. Dann ist die Teilhabeplanung in Abstimmung mit mir und mit anderen Beteiligten / Reha-Trägern vorzunehmen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift

**Entbindung eines Berufsgeheimnisträgers von der Schweigepflicht im Rahmen einer Mitwirkung an der Durchführung/Umsetzung/Anpassung der Teilhabeplanung** (zur Weiterleitung an den Berufsgeheimnisträger)

Hiermit entbinde ich den Berufsgeheimnisträger

* Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

von seiner Schweigepflicht hinsichtlich meiner ihm/ihr vorliegenden personenbezogenen Daten zum Zweck der Durchführung/Umsetzung/Anpassung der Teilhabeplanung, soweit sie für diesen Zweck erforderlich sind. Dies schließt die Prüfung mit ein, ob ggf. eine solche Anpassung zur Erreichung und Sicherstellung meiner Teilhabe erforderlich ist. Dann ist die Teilhabeplanung in Abstimmung mit mir und mit anderen Beteiligten / Reha-Trägern vorzunehmen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift

**Entbindung eines Berufsgeheimnisträgers von der Schweigepflicht im Rahmen einer Mitwirkung an der Durchführung/Umsetzung/Anpassung der Teilhabeplanung** (zur Weiterleitung an den Berufsgeheimnisträger)

Hiermit entbinde ich den Berufsgeheimnisträger

* Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

von seiner Schweigepflicht hinsichtlich meiner ihm/ihr vorliegenden personenbezogenen Daten zum Zweck der Durchführung/Umsetzung/Anpassung der Teilhabeplanung, soweit sie für diesen Zweck erforderlich sind. Dies schließt die Prüfung mit ein, ob ggf. eine solche Anpassung zur Erreichung und Sicherstellung meiner Teilhabe erforderlich ist. Dann ist die Teilhabeplanung in Abstimmung mit mir und mit anderen Beteiligten / Reha-Trägern vorzunehmen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift