

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Straße)

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

## Entbindung von der Schweigepflicht

Ich befreie

Herrn / Frau Dr., Name, Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Herrn / Frau Dr., Name, Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

die für die Feststellung der Schwerbehinderung zuständige Behörde \_\_\_\_\_

den ärztlichen Dienst

der Agentur für Arbeit in: \_\_\_\_\_

meines Rentenversicherungsträgers \_\_\_\_\_

meiner Krankenkasse, die \_\_\_\_\_

meine Krankenkasse, die \_\_\_\_\_

die Ärzte des Krankenhauses: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

den Werksarzt bzw. betriebsärztlichen Dienst: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

gegenüber dem LWL-Integrationsamt Westfalen und der örtlichen Fachstelle Behinderte Menschen im Beruf und diese untereinander von der Schweigepflicht.

Mit der Weitergabe der für das Kündigungsschutzverfahren nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) **entscheidungserheblichen Aussagen** in den angeforderten Gutachten und Stellungnahmen an den Arbeitgeber erkläre ich mich einverstanden.

Durch das LWL-Integrationsamt Westfalen/die örtliche Fachstelle für Behinderte Menschen im Beruf wurde ich darauf hingewiesen, dass die Erklärung dieses Einverständnisses zu meinen Mitwirkungspflichten nach § 21 Abs. 2 SGB X gehört. Die von dem Integrationsamt eingeholten ärztlichen Stellungnahmen sind nur verwertbar, wenn zumindest deren **wesentlicher Inhalt** dem Arbeitgeber zur Kenntnis gegeben werden darf. Ein Mangel in der Sachverhaltsaufklärung, der infolge meiner fehlenden Mitwirkung entsteht, geht zu meinen Lasten.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)