
(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 zuständigen Integrationsfachdienst (IFD) _____
- 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, der örtlichen Fachstelle Behinderte Menschen im Beruf und dem Widerspruchsausschuss beim Integrationsamt und diese untereinander von der Schweigepflicht.

Diese Entbindung umfasst die Möglichkeit der Einsichtnahme in die Feststellungsakte der für die Feststellung der Schwerbehinderung zuständigen Behörde. In diesem Rahmen darf das LWL-Integrationsamt Westfalen nach § 67 SGB X auch Sozial- und Gesundheitsdaten erheben, soweit diese für eine sachgerechte Entscheidung notwendig sind.

Durch das LWL-Integrationsamt Westfalen/die örtliche Fachstelle für Behinderte Menschen im Beruf/ den Widerspruchsausschuss wurde ich darauf hingewiesen, dass die Erklärung dieses Einverständnisses zu meinen Mitwirkungspflichten nach § 21 Abs. 2 SGB X gehört.

Die 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.

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.

Unterschrift