

**Einverständniserklärung zum Antrag auf Gewährung von Blindengeld/Gehörlosengeld**  
(bitte ausfüllen und unterschreiben)

Name, Vorname

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

das Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt (LVwA) im Verfahren nach dem Gesetz über das Blinden- und Gehörlosengeld im Land Sachsen-Anhalt (LBliGG) und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) beizieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem LVwA im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekannt geben werde. Ich bin damit einverstanden, dass das LVwA die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung beizieht.

**Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.**

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des LVwA, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Von folgenden Ärztinnen und Ärzten/ Einrichtungen dürfen keine Auskünfte und Unterlagen eingeholt werden:


Mir ist bekannt, dass für ärztliche Unterlagen, die ich diesem Antrag beigefügt habe bzw. im Laufe des Antragsverfahrens beibringe, keine Kosten übernommen werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Die Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht können Sie jederzeit gegenüber dem LVwA widerrufen oder einschränken. Der Widerruf bzw. die Einschränkung wirkt ab dem Zeitpunkt der Erklärung; die Datenverarbeitung vor dem Widerruf bzw. der Einschränkung erfolgt wirksam.