**Schweigepflichtentbindung und datenschutzrechtliche Einwilligung**

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

Name, Vorname, Geburtsdatum

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

Anschrift

( ) Hiermit entbinde ich die Fachberaterinnen und Fachberater des Integrationsfachdienstes Sehen (Träger: Blinden- und Sehbehindertenverband e.V. Nordrhein, 40670 Meerbusch, Helen-Keller-Straße 5) von der Schweigepflicht gegenüber der Fachstelle für behinderte Menschen im Arbeitsleben, dem LVR-Integrationsamt und den Rehabilitationsträgern gemäß § 6 SGB IX (Leistungsträger) sowie der Geschäftsstelle des Widerspruchsausschusses und dem Widerspruchsaussschuss beim LVR-Integrationsamt.

( ) Hiermit entbinde ich die Fachberaterinnen und Fachberater des Integrationsfachdienstes Sehen (Träger: Blinden- und Sehbehindertenverband e.V. Nordrhein, 40670 Meerbusch, Helen-Keller-Straße 5) von der Schweigepflicht gegenüber (Institution, Klinik, Arzt, Arbeit-geber etc.):

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Straße, Hausnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Aufgaben des Integrationsfachdienstes nach § 110 SGB IX Auskünfte zu meiner Person bzw. Mitteilungen an die o.g. Leistungsträger sowie die o.g. Dritten zum Zwecke meiner beruflichen Integration vorgenommen werden, soweit dies erforderlich ist.

Mit dieser Entbindung von der Schweigepflicht ist meine datenschutzrechtliche Einwilligung gemäß §§ 67 ff. SGB X verbunden, insbesondere meine Einwilligung zur (Sozial-)Datenerhebung, -übermittlung und –verarbeitung.

Diese Schweigepflichtenbindung und meine datenschutzrechtliche Einwilligung dienen aus-schließlich folgendem Verwendungszweck:

Mir ist bekannt, dass ich diese Schweigepflichtentbindung und datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Mir ist ebenfalls bekannt, dass im Falle einer nichterteilten Schweigepflichtentbindung und datenschutzrechtlicher Einwilligung keine Informationen der Fachberaterinnen und Fachberater des Integrationsfachdienstes Sehen §§ 109 ff. SGB IX weitergegeben werden dürfen. Daher können bei der Bearbeitung meines Antrages bzw. des Antrages meines Arbeitgebers keine Informationen des IFD berücksichtigt werden. Dies kann als fehlende Mitwirkung gewertet werden und möglicherweise trotz der weiteren Ermittlungen des LVR-Integrationsamtes zu einer Entscheidung zu meinen Ungunsten führen.

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

Ort, Datum Unterschrift