

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

## Entbindung von der Schweigepflicht / Einverständniserklärung

Hiermit befreie ich

- Herrn / Frau Dr., Name, Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Herrn / Frau Dr., Name, Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- den zuständigen Integrationsfachdienst (IFD) \_\_\_\_\_
- den ärztlichen Dienst  der Agentur für Arbeit in \_\_\_\_\_  
 meines Rentenversicherungsträgers \_\_\_\_\_  
 meiner Krankenkasse, die \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- die Ärzte des Krankenhauses: \_\_\_\_\_
- den Werksarzt bzw. betriebsärztlichen Dienst: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

gegenüber dem LWL-Inklusionsamt Arbeit, dem örtlichen Träger des Schwerbehindertenrechts und dem Widerspruchsausschuss LWL-Inklusionsamt Arbeit und diese untereinander von der Schweigepflicht.

Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass das LWL-Inklusionsamt Arbeit, der örtliche Träger des Schwerbehindertenrechts und der Widerspruchsausschuss beim LWL-Inklusionsamt Arbeit in die Feststellungsakte der für die Feststellung der Schwerbehinderung zuständigen Behörde Einsicht nehmen. In diesem Rahmen darf das LWL-Inklusionsamt Arbeit nach Art. 6 Abs. 1 Satz 2 Buchstabe e), Art. 9 Abs. 4 DSGVO in Verbindung mit § 67a SGB X auch Sozial- und Gesundheitsdaten erheben, soweit diese für eine sachgerechte Entscheidung notwendig sind. Soweit das LW-Inklusionsamt Arbeit, der örtliche Träger des Schwerbehindertenrechts und der Widerspruchsausschuss für eine sachgerechte Entscheidung Gesundheitsdaten von meiner Krankenkasse \_\_\_\_\_ benötigt, bin ich mit der Weitergabe dieser Daten einverstanden.

Durch das LWL-Inklusionsamt Arbeit / den örtlichen Träger des Schwerbehindertenrechts / 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.

Mit steht das Recht zu, diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Durch den Widerruf diese Erklärung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Erklärung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung personenbezogener Daten nicht berührt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift