



Sehr geehrte Eltern,

Sie haben mit Ihrem Kind einen Termin beim Sprechtag der Fachberatung „Hören, Sprache und Sehen“ im Gesundheitsamt bzw. in der kommunalen Gesundheitsbehörde. Daran nehmen eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der Kommune und eine Fachberaterin / ein Fachberater des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie (Landessozialamt – LS) teil.

Es handelt sich um eine offene Beratung. Über das Ergebnis wird ein Sprechtagsbericht erstellt, der Ihnen zugestellt wird – mit Ihrem Einverständnis auch anderen Beteiligten (Ärzten, Therapeuten, Kindergärten etc.).

Sollte ein besonderer Bedarf festgestellt werden, werden Sie darüber informiert, dass Sie einen Antrag auf Eingliederungshilfe beim örtlichen Träger der Sozialhilfe stellen können.

Hierfür sind dann weitere Schritte erforderlich:

- Ein Förder- und Behandlungsplan durch die Sprachheilberatung muss erstellt werden.
- Für besondere Maßnahmen (z. B. die stationäre Sprachheilbehandlung in einem Sprachheilzentrum) wird zusätzlich vom Gesundheitsamt/von der kommunalen Gesundheitsbehörde unter Mitwirkung der Fachberatung des Landessozialamtes eine sogenannte „Sozialmedizinische Stellungnahme“ erstellt.
- Für die Erstellung dieser Unterlagen werden ärztliche Befundberichte und andere Berichte benötigt, die ggf. im weiteren Verfahrensverlauf auch Ihrer Krankenkasse zugeleitet werden müssen.
- Zur weiteren Beratung über den Förderbedarf Ihres Kindes sollten wir mit anderen fachlichen Disziplinen sprechen dürfen.

Die für die Erstellung des Förder- und Behandlungsplans sowie die „Sozialmedizinische Stellungnahme“ erhobenen Daten werden bis zum endgültigen Abschluss der geplanten Therapie- und Fördermaßnahmen gespeichert, soweit sie für die Aufgabenerfüllung erforderlich sind.

Voraussetzung für die Datenerhebung, -verarbeitung und -übermittlung ist das Vorliegen einer Einverständniserklärung. Wir werden Sie am Sprechtag bitten, den entsprechenden Vordruck an der gekennzeichneten Stelle zu unterschreiben. Für Fragen zum Verfahren stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Ihre Fachberatung „Hören, Sprache und Sehen“



Erklärung für

Nachname des Kindes

Vorname

Geb.-Datum

Straße

PLZ, Wohnort

Hinweise zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz

Um eine zügige und sachgerechte Bearbeitung zu gewährleisten, ist das Landessozialamt / die Sprachheilberatung auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Deshalb ist in den §§ 60 bis 67 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I) die **Mitwirkungspflicht** der oder des Leistungsberechtigten gesetzlich geregelt. Wer Sozialleistungen beantragt, hat u. a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Außerdem hat er auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z.B. Krankenkasse, behandelnde Ärzte) zuzustimmen.

Ist die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, weil Sie nicht mitwirken, kann die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, wenn die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht u. a. nicht, wenn Ihnen die Erfüllung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann.

Die Rechtsgrundlagen der **Datenerhebung** finden sich in den §§ 69 SGB IX i.V.m. 67a Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X).

Angaben, die das Landessozialamt / die Sprachheilberatung von einer Ärztin / einem Arzt im Rahmen einer Begutachtung oder zur Ausstellung einer Bescheinigung erhält, dürfen im erforderlichen Umfang an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkassen) weitergegeben werden (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 – 3. Möglichkeit i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

Sie können dieser Weitergabe widersprechen. Ich widerspreche dieser Übermittlung.

Entbindung von der Schweigepflicht / Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landessozialamt / die Sprachheilberatung die Auskünfte und medizinischen Unterlagen (insbesondere Befundscheine, Untersuchungsbefunde) von den umseitig genannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Gesundheitsämtern, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie von privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherungsunternehmen - auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind - in dem Umfange bezieht, wie diese für die Aufgaben der Sprachheilberatung / Fachberatung im landesärztlichen Dienst für Menschen mit Hör- und Sprachstörungen erforderlich sind.

Ich willige ein, dass der Befundbericht und gegebenenfalls zukünftige Folgeberichte der "Fachberatung im landesärztlichen Dienst für Menschen mit Hör- und Sprachstörungen" an die umseitig gekennzeichneten Stellen zur Kenntnis oder weiteren Veranlassung gesandt werden. Im Falle teilstationärer / stationärer Sprachheilbehandlungen bezieht sich diese Einwilligung auch auf weitere, der Sprachheilberatung in der kommunalen Gesundheitsbehörde vorliegende, für diese Maßnahme relevante Befunde und Berichte (z. B. einer zu erstellenden „Sozialmedizinischen Stellungnahme“).

Ich entbinde die unten gekennzeichneten Stellen auch von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Landessozialamt und der Sprachheilberatung in der kommunalen Gesundheitsbehörde.



Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte stattgefunden haben, werde ich unverzüglich mitteilen. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden.

Die Einwilligungserklärung gilt auch im Falle eines Antrags auf Eingliederungshilfe für das eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich ebenso auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Kostenträger:	<input type="checkbox"/>	Krankenkasse / MDKN:	
	<input type="checkbox"/>	örtliches Sozialamt / Landessozialamt	
Arzt / Ärztin:	<input type="checkbox"/>	Kinder- oder Hausarzt / -ärztin:	
	<input type="checkbox"/>	andere(r) Facharzt / -ärztin:	
	<input type="checkbox"/>	Klinik:	
	<input type="checkbox"/>	SPZ / Früherkennungsteam:	
	<input type="checkbox"/>	Kinder- u. jugendärztlicher Dienst	
Therapiepraxis:	<input type="checkbox"/>	Sprachtherapie (oder andere)	
	<input type="checkbox"/>	Frühförderung:	
Einrichtungen:	<input type="checkbox"/>	Kindergarten:	
	<input type="checkbox"/>	Sprachheilkindergarten:	
	<input type="checkbox"/>	Sprachheilzentrum:	
	<input type="checkbox"/>	Sprachheilschule:	
	<input type="checkbox"/>	andere Schule:	
	<input type="checkbox"/>	LBZ für Hörgeschädigte / Mobiler Dienst	
Sonstige:	<input type="checkbox"/>		
Transdisziplinäre Zusammenarbeit	<input type="checkbox"/>		
Erziehungsberechtigte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Pflegeeltern
	<input type="checkbox"/>	Jugendamt:	

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses (ggf. ein gesondertes Blatt verwenden):




Insoweit entbinde ich die oben genannten Stellen gegenüber der Sprachheilberatung der kommunalen Gesundheitsbehörde (z.B. Gesundheitsamt oder Fachdienst/bereich Gesundheit) sowie des Landessozialamtes von ihrer Schweigepflicht.

Änderungen in den Verhältnissen werde ich unverzüglich mitteilen.

Ich stimme der Verarbeitung der erhobenen Daten und deren Nutzung bis zum endgültigen Abschluss der geplanten Therapie- und Fördermaßnahmen zu.

*Vorstehende Erklärung ist ein höchst persönliches Recht und daher ausschließlich von der Antragstellerin/dem Antragsteller, der gesetzlichen Vertreterin/dem gesetzlichen Vertreter, der Betreuerin/dem Betreuer, **nicht aber von der/dem Bevollmächtigten** zu unterschreiben:*

	
Datum	Unterschrift <input type="checkbox"/> Gesetzliche/r Vertreter/in <input type="checkbox"/> Betreuer/in
Gesetzliche/r Vertreter/in / Betreuer/in:	
Nachname	Vorname
Straße	PLZ, Wohnort