Sehr geehrte Eltern,

Sie haben mit Ihrem Kind einen Termin beim Sprechtag der Sprachheil-, Hör- und Sehberatung im Gesundheitsamt. Daran nehmen eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Gesundheitsamtes 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 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.

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 Sprachheil-, Hör- und Sehberatung

|  |
| --- |
| **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, -verarbeitung und -nutzung** finden sich in den §§ 69 SGB X i. V. m. 67 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X).Angaben, die das Landessozialamt / die Sprachheil-, Hör- und Sehberatung 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 Sprachheil-, Hör- und Sehberatung die Auskünfte und medizinischen Unterlagen (insbesondere Befundscheine, Untersuchungsbefunde) von den umseitig genannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Gesundheitsämtern, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie von privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherungs-unternehmen - auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind - in dem Umfange beizieht, wie diese für die Aufgaben der Sprachheil-, Hör- und Sehberatung / Fachberatung Hören, Sprache und Sehen erforderlich sind. Ich willige ein, dass der Befundbericht und gegebenenfalls zukünftige Folgeberichte der "Fachberatung Hören, Sprache und Sehen " 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 Sprachheil-, Hör- und Sehberatung im Gesundheitsamt / -dienst 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 / der Sprachheil-, Hör- und Sehberatung im Gesundheitsamt.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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Leistungsträger: | [ ]  Krankenkasse / MDKN: |  |
|  | [ ]  örtliches Sozialamt / Landessozialamt |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Arzt / Ärztin: | [ ]  Kinder- oder Hausarzt / -ärztin: |  |
|  | [ ]  andere(r) Facharzt / -ärztin: |  |
|  | [ ]  Klinik: |  |
|  | [ ]  SPZ / Früherkennungsteam: |  |
|  | [ ]  Kinder- u. jugendärztlicher Dienst |  |
|  |  |  |
| Therapiepraxis: | [ ]  Sprachtherapie (oder andere) |  |
|  | [ ]  Frühförderung: |  |
|  |  |  |
| Einrichtungen: | [ ]  Kindergarten: |  |
|  | [ ]  Sprachheilkindergarten: |  |
|  | [ ]  Sprachheilzentrum: |  |
|  | [ ]  Sprachheilschule: |  |
|  | [ ]  andere Schule: |  |
|  | [ ]  LBZ für Hörgeschädigte / Mobiler Dienst |  |
|  |  |  |
| Sonstige: | [ ]   |  |
|  |  |  |
| Erziehungs-berechtigte: | [ ]  Eltern | [ ]  Pflegeeltern |  |
| [ ]  Jugendamt:  |  |

**Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses (ggf. ein gesondertes Blatt verwenden):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Insoweit entbinde ich die oben genannten Stellen gegenüber der Sprachheil-, Hör- und Sehberatung des Gesundheitsamtes / Landessozialamt 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:* |
|

|  |
| --- |
| **Fotolia_21091844_XS**     ..................................................................................................................................................**Datum Unterschrift [ ]  Gesetzliche/r Vertreter/in [ ]  Betreuer/in** |

 |
| **Gesetzliche/r Vertreter/in / Betreuer/in:** |
| **Nachname Vorname** |
| **Straße PLZ, Wohnort** |