

Fachärztliches Attest

Hiermit bestätige ich, dass sich

Name, Vorname

geboren am

in regelmäßiger fachärztlicher Behandlung wegen einer seelischen Behinderung in meiner Praxis befindet. Die oben genannte Person entspricht der Personengruppe nach § 99 SGB IX.

Nach fachärztlicher Beurteilung stehen Leistungen zum Erwerb und Erhalt lebenspraktischer Kenntnisse und Fähigkeiten im Rahmen von tagesstrukturierenden Angeboten zur Sozialen Teilhabe im Vordergrund. Das Leistungsvermögen wird als nicht ausreichend für eine Integration in den Arbeitsmarkt und/oder für die Teilnahme an Maßnahmen und Angeboten zur Förderung der Erwerbsfähigkeit, als auch an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eingeschätzt.

Um die soziale Teilhabemöglichkeit sowie eine sinnvolle Tagesstruktur zu gewährleisten, befürworte ich die Teilnahme der oben genannten Person bei einem betreuten Beschäftigungsangebot wie dem Zuverdienst.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

Name des Verfassers / Verfasserin und Anschrift der erstellenden Praxis / Institution

Praxis / Institution:

Straße:

Postleitzahl / Ort:

Arzt / Ärztin:

Fachrichtung:

Telefon:

Email:

Einwilligung / Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich, _____ geb. am _____, bin darauf hingewiesen worden, dass die in diesem ärztlichen Attest erhobenen Daten dem Träger der Eingliederungshilfe die rechtliche und fachliche Abklärung meines individuellen Hilfebedarfs ermöglichen sollen und für die Bewilligung der Teilnahme an einem Zuverdienst bestimmt sind.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass der Träger der Eingliederungshilfe nach § 66 SGB I seine Leistungen bis zur Nachholung meiner Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung beispielsweise durch Verweigerung dieser Einwilligungserklärung nicht nachgewiesen sind.

Nach Maßgabe meiner Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 ff. SGB I zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts erkläre ich Folgendes: Soweit zur Erstellung des ärztlichen Attests / der ärztlichen Stellungnahme die Einholung von Informationen durch den ärztlichen Berichterstatter bei den von mir benannten dritten Personen und Stellen wie insbesondere weiteren behandelnden Ärzten oder Einrichtungen erforderlich ist, willige ich in die Erhebung und Mitteilung entsprechender Informationen ein. Ebenso erteile ich meine Einwilligung in die Übermittlung der zur Zweckerfüllung dieses ärztlichen Berichts erforderlichen Daten über meine Gesundheit an den Träger der Eingliederungshilfe. Im oben genannten Umfang entbinde ich die beteiligten Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift des oder der Leistungsberechtigten