

#chill OUT

Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht

Ich,

(Name)

(geboren am)

wohnhaft:

(Straße + Hausnummer; PLZ Wohnort)

entbinde - für die Dauer meiner Beratung / Behandlung

Frau/Herrn:

(Name der Beraterin / des Beraters)

gegenüber:

(Name der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters und der Einrichtung(-en) + Anschrift)

wechselseitig in folgendem Umfang von Schweigepflicht:

- Übersendung von Dokumenten (Berichte & Gutachten)
- Termine (Vereinbarung & Wahrnehmung)
- Sachstand (Behandlungs-bzw. Maßnahmenempfehlungen & Antragsverfahren Therapie)
- Sonstiges: _____

Ich bin darüber informiert, dass diese Entbindungserklärung jederzeit schriftlich widerrufen werden kann.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)



CARITAS
LUDWIGSBURG-
WAIBLINGEN-ENZ

