

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Name: Vorname:
geboren am: Alter:
Straße & Hausnr.:
PLZ & Wohnort:
Tel. / Mobil: E-Mail-Adresse:

Bietigheim Kornwestheim Ludwigsburg Offene Sprechstunde
Berater/in: Termin am: um:

Beratung wegen: Alkohol Cannabis andere Drogen: _____
 Mediensucht Spielsucht Substitution
 Als Angehörige/r

Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder: Alter der Kinder:

Vermittelt durch / ermutigt von:

Geburtsort/-land:
Staatsangehörigkeit:
Aufenthaltsstatus: befristet bis: _____ unbefristet
Familienstand:
Schulabschluss:
Ausbildung: abgeschlossen momentan in Ausbildung keine Ausbildung
Beruf:
Waren Sie bereits in einer anderen Beratungsstelle? Ja: _____ Nein
Vorbehandlung: Entgiftung Therapie

Erklärung zum Datenschutz

Mir ist bekannt, dass von der unten genannten Einrichtung im Zusammenhang mit der Beratung, Behandlung und Rehabilitation personenbezogene Daten von mir zur Kenntnis genommen und erfasst werden, die durch das Bundesdatenschutzgesetz geschützt sind.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht

Ich,

(Name)

,

(geboren am)

Wohnhaft:

(Straße & Hausnummer, PLZ Wohnort)

Entbinde – für die Dauer meiner Beratung / Behandlung –

Frau/Herr :

(Name der Beraterin / des Beraters)

Gegenüber:

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

Wechselseitig in folgendem Umfang von der Schweigepflicht:

- Übersendung von Dokumenten (Berichte & Gutachten)
- Termine (Vereinbarungen & Wahrnehmen)
- Sachstand (Behandlungs-/ Maßnahmenempfehlung & Antragsverfahren Therapie)
- Sonstiges:

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

(Ort und Datum)

(Unterschrift)