

Entbindung von der Schweigepflicht

Erklärende/r

Vorname	Nachname	
Geburtsdatum		
Adresse		
PLZ	Ort	

Mitarbeiter/in

Vorname	Nachname
---------	----------

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich den oben genannten Mitarbeiter bzw. die oben genannte Mitarbeiterin gegenüber folgenden Personen und/oder Institutionen von der Schweigepflicht entbinde.

Gleichzeitig entbinde ich die markierten Personen und/oder Institutionen gegenüber dem oben genannten Mitarbeiter bzw. der oben genannten Mitarbeiterin von der Schweigepflicht.

Informationen, die sich auf den im Folgenden bezeichneten Inhalt beziehen, dürfen zwischen den genannten Beteiligten wechselseitig ausgetauscht werden.

Die Schweigepflichtentbindung erfolgt freiwillig und kann jederzeit, für die Zukunft, widerrufen werden.

Zutreffendes bitte ankreuzen und im nebenstehenden Feld den Inhalt bestimmen.

X	Person/Institution	Inhalt
<input type="checkbox"/>	Angehörige/Name	
<input type="checkbox"/>	Krankenkasse	
<input type="checkbox"/>	Pflegekasse	
<input type="checkbox"/>	Kostenträger der Reha	
<input type="checkbox"/>	Reha-Einrichtung	
<input type="checkbox"/>	Hausarzt	
<input type="checkbox"/>	Facharzt	
<input type="checkbox"/>	Psychotherapeut	
<input type="checkbox"/>	Krankenhaus	
<input type="checkbox"/>	Arbeitgeber	
<input type="checkbox"/>	Arbeitsagentur/Jobcenter	
<input type="checkbox"/>	Sozialamt	
<input type="checkbox"/>	Jugendhilfe	
<input type="checkbox"/>	Betreuer/in	
<input type="checkbox"/>	Justiz	
<input type="checkbox"/>	Rechtsanwalt	
<input type="checkbox"/>	Suchtfachambulanz	
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------