

Schweigepflichtentbindung/Einverständniserklärung Asylsozialberatung



Dateiname:FO_ Schweigepflichtentbindung/ Einverständniserklärung

Name _____ geb. am _____

Hiermit entbinde ich

(Name der fallverantwortlichen Fachkraft)

von der Asylsozialberatung des Caritasverbandes für den Landkreis Bad Kissingen e.V.

gegenüber

- _____ (Name der fallverantwortlichen Fachkraft/Name der Einrichtung)
- _____ (Name der fallverantwortlichen Fachkraft/Name der Einrichtung)
- _____ (Name der fallverantwortlichen Fachkraft/Name der Einrichtung)

von der Schweigepflicht im Verhältnis zueinander, soweit dies zur Erreichung des Beratungsziel erforderlich ist.

Freigabe	Bearbeitung	Version	Datum	Evaluationsdatum	Kapitel	Seite
A.Hilpert <i>A. Hilpert</i>	C.Wahler	3	21.08.2019	21.08.2021		1 von 2

Schweigepflichtentbindung/Einverständniserklärung Asylsozialberatung

Dateiname:FO_ Schweigepflichtentbindung/ Einverständniserklärung



Caritasverband
für den Landkreis
Bad Kissingen e. V.
pflegen, helfen, beraten

Ich entbinde die Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle untereinander von der Schweigepflicht, soweit dies für die Beratungszwecke und die kollegiale Beratung erforderlich ist.

Die Entbindung von der Schweigepflicht berechtigt die/den oben bestimmte/n Mitarbeiter/in nicht, die erhaltenen Informationen gegenüber weiteren Personen zu verwenden. Mir ist bekannt, dass diese Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Falls erforderlich werde ich ggf. weitere Schweigepflichtentbindungen gesondert schriftlich erteilen.

Mir wurde von dieser Schweigepflichtentbindung eine Kopie ausgehängt.

Ort, Datum

Unterschrift Klient

Freigabe	Bearbeitung	Version	Datum	Evaluationsdatum	Kapitel	Seite
A.Hilpert <i>A. Hilpert</i>	C.Wahler	3	21.08.2019	21.08.2021		2 von 2