

Schweigepflichtentbindung/Einverständniserklärung Allgemeine Dienste



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

Dateiname: FO_ Schweigepflichtentbindung/Einverständniserklärung

Hiermit entbinde ich _____
Familiename, Name, Geburtsdatum

_____ von den Allgemeinen Diensten

Name der fallverantwortlichen Fachkraft/ Fachbereich

des

Caritasverbandes für den Landkreis Bad Kissingen
Hartmannstraße 2A
97688 Bad Kissingen
[Tel:0971/7246- 9200](tel:097172469200)

E-Mail:

gegenüber _____
Name der fallverantwortlichen Fachkraft/Fachbereich/ Name der Einrichtung

von der Schweigepflicht im Verhältnis zueinander, und umgekehrt, zum Zwecke:

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 ich diese Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Mir wurde von dieser Schweigepflichtentbindung eine Kopie ausgehändigt

Ort, Datum

Unterschrift Klient*in

Vollständiger Familienname (Druckbuchstaben)

Freigabe	Bearbeitung	Version	Datum	Kapitel	Seite
A. Hilpert- Böse <i>A. Hilpert-Böse</i>	C. Wahler	2	06.07.2023		1 von 1