Schweigepflichtentbindung/Einverständniserklärung Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtprobleme

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

Hiermit entbinde ich _____

Familienname, Name, Geburtsdatum

_____ von der Psychosozialen Beratungsstelle

Name der fallverantwortlichen Fachkraft

für Suchtprobleme des

Caritasverbandes für den Landkreis Bad Kissingen
Hartmannstraße 2A
97688 Bad Kissingen
Tel: 0971/7246- 9200

E-Mail: suchtberatung@caritas-kissingen.de

gegenüber _____

Name der fallverantwortlichen Fachkraft/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 diese Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
Mir wurde von dieser Schweigepflichtentbindung eine Kopie ausgehändigt

_____

Ort, Datum Unterschrift Klient*in

_____

Vollständiger Name (Druckbuchstaben)