

# Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin unterrichtet worden über die gesetzliche Schweigepflicht der

(Berufsstand der Personen, die von der Schweigepflichtsentbindung betroffen sind, z.B. Arzt, Sozialarbeiter pp.)

Den/die nachfolgend benannte

Vorname / Nachname

Anschrift

(Anschrift der Institution, die Daten offenbaren darf.)

entbinde ich von der Schweigepflicht gegenüber der

(hier ist die eigene Institution, die die Daten anfordert, mit konkreter Anschrift anzugeben. Einer Namensangabe bedarf es nicht, da der zuständige Mitarbeiter hier genannt ist.)

und dem dort zuständigen Mitarbeiter oder dessen Vertreter.

Ebenso entbinde ich diesen zuständigen Mitarbeiter oder dessen Vertreter von der Schweigepflicht.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die bedarfsgerechte Zusammenarbeit der Institutionen, die für meine Belange wesentlich sind:

(Beispiele von Trägern und Diensten, bei denen Anfragen gemacht werden können- Ärzte/ Therapeuten/ Behörden/Schulen/Kita's/freie Träger/ Sozialleistungsträger/Kreditinstitute/Arbeitgeber/u.a.)

Ich ermögliche hiermit die

- Einholung von Informationen
- Einholung einer Stellungnahme

Diese Erklärung ist zu jedem Zeitpunkt widerrufbar.

Ansonsten gilt sie über meinen Tod hinaus.

Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtsentbindung sowie die Folgen einer Verweigerung beraten.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschriften der Personensorgeberechtigten)

(Vorname/Name/Anschrift des Betroffenen)