



Datenschutz

1.

Bereich : _____

Schweigepflichtsentbindung

Vorname, Name _____

geboren am: _____

2.

Ich entbinde die Leitung/die Mitarbeiter/innen des oben genannten Bereiches für den Zeitraum meiner Behandlung/ Betreuung von der Schweigepflicht für den mündlichen und schriftlichen Austausch über wichtige Informationen zur Betreuung/Behandlung wie Berichte, Dokumente und Daten zu *

- meiner Person
- und meinem/meinen Kind/ern.

Name, Vorname Kind/er: _____

von der Schweigepflicht gegenüber:

3.

- den Mitarbeiter/innen des Psychosozialen Trägerverein Sachsen e. V. in bereichsübergreifenden Beratungen.

- folgenden Ärzten (inkl. Anschrift): _____

- folgenden Therapeuten (inkl. Anschrift): _____

- meinem gesetzlichen Betreuer (inkl. Anschrift): _____

- folgendem Vormund (inkl. Anschrift): _____

* zutreffendes bitte ankreuzen



Datenschutz

4.

- Kommunalen Sozialverband Sachsen
- Jugendamt
- Sozialamt
- Gesundheitsamt
- Jobcenter/Bundesagentur für Arbeit
- Rentenversicherungsträger
- Krankenkasse/Pflegekasse

- Sozialpsychiatrischen Dienst
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen
- Kindertageseinrichtung
- Schule/Ausbildungsstätte/Praktikumsstätte
- Werkstatt für behinderte Menschen
- Krankenhaus/Psych. Institutsambulanz (bitte Überleitungsbogen Anlage 3 nutzen)

- folgende Angehörige/Freunde/Lebenspartner (inkl. Anschrift): _____

- Sonstige: _____

Für Fragen zu diesem Dokument stehen Ihnen die Mitarbeiter zur Verfügung. Selbstverständlich ist jederzeit eine Änderung dieser Schweigepflichtsentbindung möglich. Dies muss in Schriftform erfolgen (siehe Anlage 1 Ergänzungs-/Widerrufsbogen zur Schweigepflichtsentbindung) und gilt ab Datum der Änderung.

Datum und Unterschrift der schweigepflichtsentbindenden Person

Ausgehändigte Anlagen sind anzukreuzen.

- Anlage 1 Ergänzungs-/Widerrufsbogen zur Schweigepflichtsentbindung
- Anlage 2 Einverständniserklärung/Informationsbogen Bado-K
- Anlage 3 Überleitungsbogen ambulant zu stationär – im Falle eines Klinikaufenthaltes