

## Persönliche Erklärung zur Schweigepflichtentbindung

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		

### ggf. Bevollmächtigte/r oder gesetzliche/r Betreuer/in

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

„Ich entbinde die in der nachfolgenden Liste benannten Personen und Institutionen von ihrer Schweigepflicht zum Zwecke der Beratung und Unterstützung. Nennung des Zwecks:

.....

.....Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen.“


*z.B. Institutionen, Behörden und/oder Personen (Ärzten/innen bitte namentlich angeben)*

Eine Kopie habe ich erhalten.

Ort	Datum	Unterschrift des/der Ratsuchenden/ Bevollmächtigten/ gesetzlichen Vertreter/in
-----	-------	--

## Einwilligungserklärung in die Datenübermittlung

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		

### ggf. Bevollmächtigte/r oder gesetzliche/r Betreuer/in

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

„Ich willige in die Übermittlung von Angaben über meine Person bzw. des/der Pflegebedürftigen– einschließlich besonderer personenbezogener Daten (Gesundheits- und Behandlungsdaten, Daten zur Familiensituation und Lebensweise) von Dritten sowie an Dritte (wie in der Liste benannt) ein, soweit dies zu (konkreter Zweck) erforderlich ist. Nennung des Zwecks:

.....

.....

.....**Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen.“**

Darstellung der Datenübermittlung

<b><i>Von wem kommen die Daten?</i></b>	<b><i>An wen gehen die Daten?</i></b>
<i>z.B. Pflegestützpunkt</i>	<i>z.B. Mobilitätsdienst</i>

Eine Kopie habe ich erhalten.

Ort	Datum	Unterschrift des/der Ratsuchenden/ Bevollmächtigten/ gesetzlichen Vertreter/in
-----	-------	---