

## Gegenseitige Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich, \_\_\_\_\_ (Vor- und Nachname)

geboren am \_\_\_\_\_, entbinde

hiermit die Mitarbeiter\*innen von Condrobs e.V.

Einrichtung: Betreutes Wohnen 40 +, Westerhamer Straße 11, 81671 München

vertreten durch: Pia Müller, Aufnahmekoordination  
 Tobias Polz, Einrichtungsleitung  
 Isabella Allerberger, stellvertretende Einrichtungsleitung

im Rahmen der Hilfemaßnahmen untereinander und gegenüber folgenden Einrichtungen, Personen und Diensten von der ihnen obliegenden gesetzlichen Schweigepflicht des §203 Strafgesetzbuch (StGB).

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich betreffende, personenbezogene Daten, die im Rahmen des Aufnahme und Kostenklärungsverfahrens bedeutsam sind, in schriftlicher wie mündlicher Form gegenseitig ausgetauscht werden können.

**Gleichzeitig entbinde** ich die Fachkräfte der folgenden Institutionen von ihrer Schweigepflicht.

Einrichtung / Name / Adresse	Ein verstanden	Eingeschränkt auf
Am Hilfeplanverfahren beteiligte Fachkräfte / Institutionen / Ämter	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Behandelnde Ärzte / Ärztinnen / Therapeut*innen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Behandelnde Ärzte / Ärztinnen / Pflegepersonal bei Krankenhausaufenthalt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Arbeitsprojekte von Condrobs e.V.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sonstige: Zu benennen (z.B. Bewährungshelfer etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Diese Schweigepflichtentbindung endet mit Abschluss der Hilfemaßnahme.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift