Gegenseitige Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich, _____ (Vor- und Nachname)

geboren am _____, entbinde hiermit die Mitarbeiter*innen von Condrobs e.V.

Einrichtung: _____

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 unseres Auftrags bedeutsam sind, in schriftlicher, wie mündlicher Form für folgende Sachverhalte ausgetauscht werden können:

- Austausch im Team zur Sicherstellung einer fachlich guten Beratung und Betreuung
- im Falle einer Supervision gegenüber dem*der Supervisor*in
- zur Unterstützung erforderlicher gegenseitiger Austausch mit den im Folgenden genannten Institutionen und Personen

Gegenseitig entbinde ich die Fachkräfte der folgenden Institutionen von ihrer Schweigepflicht.

Einrichtung / Name / Adresse	**Ein-verstanden**	**Eingeschränkt auf Personen**
Am Hilfeplanverfahren beteiligte Fachkräfte / Institutionen / Ämter	☐	
Behandelnde Ärzte / Ärztinnen / Therapeut*innen	☐	
Behandelnde Ärzte / Ärztinnen / Pflegepersonal	☐	
Mitarbeiter*innen von Schule/ Hort/ Kindergarten	☐	
	☐	
	☐	

Einschränkungen in der Entbindung der Schweigepflicht sind möglich! Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründer widerrufen kann. Die Schweigepflichtentbindung endet mit Abschluss der Hilfemaßnahmen.

_____

Ort, Datum Unterschrift