

Schweigepflichtentbindung für Datenweitergabe

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine oben genannten Daten von der oben genannten Einrichtung an die Leistungsabteilung des zuständigen Sozialamtes weitergegeben werden.

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Hinweis: Für die Entbindung von der Schweigepflicht ist die Unterschrift der/des Ratsuchenden oder einer gesetzlichen Vertretung erforderlich.

Datum, Unterschrift Ratsuchende*r / Bevollmächtigte*r¹, Betreuer*in¹

1 Der Nachweis über die Bevollmächtigung/Betreuung wurde vor Ort eingesehen oder liegt als Kopie vor: Ja Nein

Schweigepflichtentbindung für Pflegeberatung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine oben genannten Daten von der oben genannten Einrichtung an die zuständige Pflegeberatung zur Feststellung der erforderlichen Hilfe und zur optimalen Pflegeberatung, zur Versorgungsplanung und ggf. zur Ermittlung des sozialrechtlichen Hilfebedarfs weitergegeben werden.

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Hinweis: Für die Entbindung von der Schweigepflicht ist die Unterschrift der/des Ratsuchenden oder einer gesetzlichen Vertretung erforderlich.

Datum, Unterschrift Ratsuchende*r / Bevollmächtigte*r¹, Betreuer*in¹

1 Der Nachweis über die Bevollmächtigung/Betreuung wurde vor Ort eingesehen oder liegt als Kopie vor: Ja Nein