

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Patient*in: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärzt*innen/Sozialarbeiter*innen

_____ der Abteilung für Psychiatrie des

_____ -Krankenhauses

von ihrer Schweigepflicht gegenüber:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Diese Schweigepflichtsentbindung gilt

- unbefristet, bis zu meinem Widerruf
- einmalig am _____
- von-bis _____

Diese Schweigepflichtsentbindung ist gültig für folgende Bereiche/Themen

ohne jegliche Einschränkung,

oder nur:

- aktueller Gesundheitszustand (Diagnose)
- Behandlung (incl. Medikamente)
- Entlassmanagement-Aktivitäten
- Anschluss Perspektive
- Finanzen
- Wohnsituation
- _____
- _____

Sie gilt ausdrücklich nicht für folgende Bereiche/Themen:

- Drogenkonsum
- zukünftiger Aufenthaltsort
- _____
- _____

Ort und Datum

Unterschrift Patient*in

Name und Unterschrift des Aufnehmenden