

Schweigepflichtentbindung

Auftraggeber/in

Anrede:

Name, Vorname:

Anschrift:

geboren am:

Beauftragte/r

Behörde/Person:

Gemäß § 67b Abs. 2 SGB X willige ich ein, dass der/die zuständige Mitarbeiter/in der o.g. Organisation in meinem Namen Gespräche mit Akteuren in den unten aufgeführten Bereichen führen und an möglichen Verhandlungen teilnehmen und meine Daten in Akten und Dateien speichern kann.

Im Rahmen der Betreuung durch die oben bezeichnete Behörde/Person ist es nach § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X erforderlich, mit den angegebenen Akteuren in regelmäßigem Austausch über meine berufliche und soziale Integration zu bleiben. Daher entbinde ich meine/n zuständigen Ansprechpartner/in von der Schweigepflicht.

Bereiche:

- ☐ Klärung finanzieller Angelegenheiten

speziell: _____

- ☐ Kommunikation mit Behörden hier

speziell: _____

- ☐ Klärung von juristischen Angelegenheiten

speziell: _____

- ☐ Klärung von Wohnungsfragen

speziell: _____

- ☐ Kommunikation im Bereich Gesundheitsfürsorge

speziell: _____

- ☐ Kommunikation mit weiteren sozialen Einrichtungen

speziell: _____ (Herr/Frau: _____)

- ☐ die aktuelle Betreuungseinrichtung/Schule/Bildungsträger

speziell: _____ (Herr/Frau: _____)

Ich erkläre gleichzeitig, dass die erteilte Schweigepflichtentbindung längstens über einen Zeitraum von 6 Monaten bzw. bis zum Ende der Betreuung durch die oben genannte Organisation Gültigkeit hat.

Diese Erklärung gebe ich freiwillig ab. Die Schweigepflichtentbindung wurde mir übersetzt und ich habe den Inhalt verstanden. Eine Übersetzung habe ich erhalten. Diese Einwilligung ist jederzeit für die Zukunft widerrufbar.

Ort, Datum

Unterschrift der/s
Auftraggebers/in

Ggf. Dolmetscher/in