

III.3.7 DOKUMENT: SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Name, Vorname

Geburtsdatum

Postleitzahl

Wohnort

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Hiermit entbinde ich

Herrn/Frau

Institution (z.B. Krankenkasse)

von der Schweigepflicht gegenüber

Herrn/Frau

als

(Mitglied des Integrationsteams/Fallmanager(in))

Ich erkläre hiermit, dass alle meine Angaben freiwillig sind und ich zur Kenntnis genommen habe, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Durch meine Unterschrift bestätige ich gleichzeitig den Empfang einer Ausfertigung der Vereinbarung.

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter(in)