

Schweigepflichtentbindung

und Einwilligung in die interne Speicherung von Daten

Ich / wir _____

Anschrift _____

entbinde(n)

Herrn / Frau _____

Die Berater und Beraterinnen des Zentrums selbstbestimmt Leben e.V.

von ihrer / seiner Schweigepflicht nach § 203 StGB und ihrem / seinem besonderen Vertrauensschutz nach § 65 SGB VIII.

Diese Einwilligung gilt ausschließlich für folgende Sachverhalte:

Die Weitergabe von Informationen dient folgendem Zweck / folgenden Zwecken:

Die Einwilligung gilt nur gegenüber folgenden Personen / Institutionen:

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt wechselseitig: Ja Nein

Diese Einwilligung gilt längstens bis: _____

- Ich / wir wurde(n) ausführlich über die gesetzliche Schweigepflicht sowie den Sinn und Zweck dieser Einwilligung aufgeklärt.
- Ich / wir habe(n) diese Information verstanden.
- Ich / wir gebe(n) diese Einwilligung freiwillig ab und wurde(n) darüber informiert, dass ich / wir sie jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann / können.

Ort, Datum: _____

Unterschrift(en) der / des Einwilligenden, ggf. der / des Personensorgeberechtigten.
