



Caritasverband für den Landkreis Rhön-Grabfeld e.V.

**Psychosoziale Beratungsstelle für Alkohol-, Medikamenten-
und Drogenprobleme, Essstörungen, Glücksspiel
- Suchtberatung -**

Kellereigasse 12 – 16, 97616 Bad Neustadt

Entbindung der Schweigepflicht

Ich (Name, Vorname): _____

geboren am: _____

Adresse: _____

entbinde hiermit

Frau _____

von der Psychosozialen Beratungsstelle/Abteilung Suchtberatung gegenüber

von der **gesetzlichen Schweigepflicht im Verhältnis zueinander.**

Diese Erklärung gilt für die Dauer der Beratung, bzw. bis zum _____

und dient folgendem Zweck: _____

Die Entbindung von der Schweigepflicht berechtigt die/den oben bestimmte/n Mitarbeiter/in nicht, die erhaltenen Informationen gegenüber weiteren Personen zu verwenden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Eine Kopie der Schweigepflichtentbindung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Klient/in