

## Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

*(Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen)*

meine Bezugsperson: \_\_\_\_\_  
*Name, Vorname (siehe auch mitgesendeten Fragebogen)*

Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_  
*Name und Anschrift*

Psychiater: \_\_\_\_\_  
*Name und Anschrift*

Psychologe: \_\_\_\_\_  
*Name und Anschrift*

Klinik: \_\_\_\_\_  
*Klinikname, Anschrift*

Amt: \_\_\_\_\_  
*Bitte Amt und Name des Sachbearbeiters angeben.*

weitere Namen und Adressen stehen auf der Rückseite

von ihrer Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitern des MZEB der ev. Stiftung Neinstedt.

**Widerruf:** Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ggf. Name und Unterschrift des Betreuers