

Schweigepflichtsentbindung

Ich,

Frau

Herr

(bitte ankreuzen)

Name:

Vorname:

Geboren am:

Wohnhaft

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

entbinde hiermit

(Klinik, Ambulanz, Praxis, Institution, Einrichtung etc.)

gegenüber den **Mitarbeitern/-innen des Sozialpsychiatrischen Dienstes am Gesundheitsamt Marburg-Biedenkopf** von der Schweigepflicht zum Zwecke des Angebots vor- und/oder nachsorgender Hilfen durch diese. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum

Unterschrift: