**Schweigepflichtentbindung**

Hiermit entbinde ich \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
geboren am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
wohnhaft in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
   
Frau Dorothea Färber, \*20-03-1984, Dianastrasse 6/2, 74613 Öhringen  
  
von ihrer Schweigepflicht im Zusammenhang mit relevanten Informationen, Personen und Institutionen, die meiner Unterstützung in der Eingliederungshilfe dienen.

Ich erkläre widerruflich meine Einwilligung dazu, dass   
der/die konkret zu benennende/n Arzt/Ärzte, Therapeuten   
die für die Betreuung und Pflege erforderlichen Informationen, Frau Dorothea Färber (MitarbeiterIn des Wendepunkt e.V.) zur Verfügung gestellt werden.

Ich erkläre widerruflich meine Einwilligung dazu, dass zum Zwecke der Unterstützung meiner psychosozialen Rehabilitation, mein Arbeitgeber, die Agentur für Arbeit, das Jobcenter, die MitarbeiterInnen des Sozialamtes, meine Krankenkasse, die Berufsgenossenschaft, der Rentenversicherungsträger und sonstige Sozialversicherungsträger oder Dienstleister,   
die für die Betreuung erforderlichen Informationen, Frau Dorothea Färber (MitarbeiterIn des Wendepunkt e.V.) zur Verfügung gestellt werden.

Ich erkläre zudem im Einzelfall meine Einwilligung dazu, dass der Wendepunkt e.V. und seine Mitarbeiter, sofern dies für die Betreuung/Förderung/Durchführung der Eingliederungshilfe notwendig ist, die erforderlichen Informationen Dritten an der Betreuung Beteiligten zur Kenntnis geben.

Ort, Datum

Unterschrift