

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname  
geb. am  
Straße | Hausnummer  
Postleitzahl | Ort  
Telefon

- als  Betroffene(r)  
 Betreuer/-in  
 Bevollmächtigte/r

alle Mitarbeiter/-innen der Einrichtung Agnes-Neuhaus-Heim beim Sozialdienst kath. Frauen e.V. Bamberg

gegenüber nachstehender Person(en) / Einrichtung(en)

(hier bitte vollständige Angaben wie Name, Vorname und Anschrift der Person(en) und Kontaktdaten deren Einrichtung eintragen!)

- Allen Mitarbeiter/- innen des Agnes-Neuhaus-Heim, Ottostraße 7, 96047 Bamberg untereinander im Rahmen der vernetzten Teamarbeit
- Allen meinen behandelnden Ärzten laut Kontaktliste der Betreuungssoftware des Agnes-Neuhaus Heim
- Meiner/m gesetzliche/n Betreuer/-in laut Kontaktliste der Betreuungssoftware des Agnes-Neuhaus-Heim
- .....
- .....

von der gegenseitigen Schweigepflicht und willige in die Übermittlung folgender personenbezogener Daten ein:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ärztliche Dokumentationen | <input type="checkbox"/> Anamnese             | <input type="checkbox"/> (Ärztliche) Befunde  |
| <input type="checkbox"/> Untersuchungsergebnisse   | <input type="checkbox"/> Krankheitsgeschichte | <input type="checkbox"/> Röntgenbildaufnahmen |
| <input type="checkbox"/> Therapieplan              | <input type="checkbox"/> Gutachten            | <input type="checkbox"/> Berichte             |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsstatus         | <input type="checkbox"/> .....                | <input type="checkbox"/> .....                |

Die Weitergabe der oben genannten personenbezogenen Daten erfolgt für folgende(n) Verwendungszweck(e):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diagnostik / Therapie | <input type="checkbox"/> Leistungsbemessung / -berechnung |
| <input type="checkbox"/> Dokumentation         | <input type="checkbox"/> Urlaubs-/ Krankheitsvertretung   |
| <input type="checkbox"/> Behandlung/Betreuung  | <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....                 |

Ich wurde darüber unterrichtet, dass aus der Nichterteilung/nur teilweise Erteilung der Schweigepflichtentbindungserklärung oder dem (teilweisen) Widerruf meiner Schweigepflichtentbindungserklärung/keine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten für den/die oben genannten Verwendungszweck(e) erfolgen kann und folgende Nachteile entstehen können:

- Beendigung der Teilnahme an der Maßnahme, Ausbildung, Therapie, Behandlung
- Nur teilweise Fortführung der Teilnahme an der Maßnahme, Ausbildung, Therapie, Behandlung
- Qualitativ eingeschränkte Durchführung der Maßnahme, Ausbildung, Therapie, Behandlung
- Einschränkung des Betreuungserfolges / Therapieerfolges
- Sonstiges: . . . . .

Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgebe. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass diese Schweigepflichtentbindung von mir/uns jederzeit ganz/teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Der Widerruf ist zu richten an:

SkF Bamberg e. V.  
Agnes-Neuhaus-Heim  
Herrn Bernd Bibelriether  
Ottostraße 7  
96047 Bamberg

oder per E-Mail an [bibelriether.bernd@skf-bamberg.de](mailto:bibelriether.bernd@skf-bamberg.de)

Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie über die Folgen eines (teilweise) erklärten Widerrufs belehrt und bestätige dies ebenfalls mit meiner Unterschrift.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Betroffenen

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzl. Betreuers/  
der gesetzlichen Betreuerin, des Bevollmächtigten/der Bevollmächtigten