



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