

Bitte leserlich und vollständig ausgefüllt an uns zurück!

Hiermit entbinde ich, _____, geb. _____ die Zuständigen der unter **1. – 4.** näher bezeichneten Einrichtungen / Institutionen gegenüber der **Bezirksklinik Hochstadt, Hauptstr. 13, 96272 Hochstadt** von ihrer Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass die mich beratenden / betreuenden Suchtberater, Therapeuten, Ärzte, etc. im Rahmen des Bewerbungs- u. Kostensicherungsverfahrens eng und vertrauensvoll zusammenarbeiten.

1. zuständiger Kostenträger (Rentenversicherung, Krankenversicherung, Sozialhilfeträger)

Umfang der Daten : _____

2. Zuweisende -den Sozialbericht erstellende- Einrichtung, z.B. Suchtberatung, Gesundheitsamt, Entzugsstation, etc.

(Wenn möglich bitte von der Beratungsstelle, etc. ausfüllen lassen)

Ansprechpartner / Berater : _____

Anschrift : _____

Telefon : _____ Fax : _____

Umfang der Daten : _____



3. Weitere Stellen I (z. B. Hausarzt, Klinikarzt, etc.)

Ansprechpartner : _____

Anschrift : _____

Telefon : _____ Fax : _____

Umfang der Daten: _____

4. Weitere Stellen II (z.B. Rechtsanwalt, Bewährungshelfer, Betreuer, etc.)

Ansprechpartner : _____

Anschrift : _____

Telefon : _____ Fax : _____

Umfang der Daten : _____

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Diese Schweigepflichtentbindung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung statt. Die Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der erfolgten Datenverarbeitung bis Erteilung des Widerrufs (Zugang beim Krankenhausträger) nicht berührt.