

*Adresse des/der Klient*in*

Datum

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name *(Arzt/Ärztin/Sozialarbeiter*in, Sachbearbeiter*in)*

Arbeitsstelle

von der Schweigepflicht gegenüber

Name *(Berater*in)*

Arbeitsstelle

wegen _____

Grund

Diese Schweigepflichtentbindung kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Datum

Ort

Unterschrift