

## Einwilligung

### zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und zur Datenübermittlung

Ich, (Name, Vorname) \_\_\_\_\_,

wohnhaft \_\_\_\_\_,

entbinde hiermit meinen behandelnden Arzt,

Herrn/ Frau \_\_\_\_\_,

von der mir gegenüber bestehenden ärztlichen Schweigepflicht zum Zwecke der Organisation von Hilfemöglichkeiten, die mich bei der Erziehung des/der in meinem Haushalt lebenden Kindes/Kinder unterstützen sollen. Dies ist/sind:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Die Schweigepflichtentbindung gilt gegenüber:

der Einrichtung der Psychosozialen Betreuung \_\_\_\_\_,

dem Allgemeinen Sozialen Dienst des zuständigen Bezirksamts

Um die Organisation dieser Hilfemöglichkeiten zu erleichtern, willige ich zudem in die Übermittlung von Informationen des Allgemeinen Sozialen Dienstes des zuständigen Bezirksamts an

den oben genannten behandelnden Arzt,

die oben genannte Einrichtung der Psychosozialen Betreuung

und von Informationen der Einrichtung der Psychosozialen Betreuung an

den oben genannten behandelnden Arzt,

den Allgemeinen Sozialen Dienst des zuständigen Bezirksamts ein.

Diese Einwilligungen ermächtigen ausschließlich zur Weitergabe solcher Angaben, die zur Erreichung des oben genannten Zwecks erforderlich sind.

Mir ist bekannt, dass meine Einwilligungen freiwillig sind, bei einer Verweigerung der Einwilligungen jedoch die Organisation der für mich erforderlichen Hilfe erschwert würde. Mir ist auch bekannt, dass ich die Erklärungen jederzeit – auch ohne Angaben von Gründen – ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

---

(Ort, Datum und Unterschrift des Einwilligenden)

### **Hinweis zum Versand**

Bitte senden Sie die unterzeichnete Erklärung per Post an die betroffenen Stellen. Die Kontaktdaten des jeweils zuständigen Allgemeinen Sozialen Dienstes finden Sie unter

<http://www.hamburg.de/behoerdenfinder/hamburg/11251809/>