

**Schweigepflichtsentbindung
für die Aufnahme in die therapeutische Wohngruppe ANAD ®**

PERSÖNLICHE DATEN		
N a m e	Vorname	Geb.dat.
PLZ, Ort	Straße, Hausnr.	

KRANKENKASSE			
Name der Kasse	Kassennummer	Versichertennummer	Status
PLZ, Ort	Straße, Hausnr.	Tel.Nr.	
falls vorhanden: Beihilfe + Adresse + Personalnummer			

JUGENDAMT (FÜR ALLE 14-20-JÄHRIGEN) ODER ÜBERÖRTLICHER TRÄGER D. SOZIALHILFE (AB 21 JAHRE)	
Name Jugendamt oder überörtlicher Träger	Adresse
Ansprechpartner	Tel.Nr.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

alle Kolleginnen unseres Hauses unterliegen der strengsten Schweigepflicht. Ohne Ihre ausdrückliche Erlaubnis dürfen wir keinerlei ärztliche Atteste oder Ähnliches an Dritte weiterleiten.

Mit Ihrer Unterschrift gestatten Sie, dass wir in Ihrem Namen den Antrag auf Kostenübernahme bei den Kostenträgern stellen und die von Ihnen zugesandten Atteste/Unterlagen an diese weiterleiten dürfen. Wenn Sie damit einverstanden sind und wir die Anträge für Sie stellen sollen, senden Sie dieses Schreiben bitte umgehend an uns zurück!

Mit diesem Schreiben entbinde ich ANAD® von der Schweigepflicht und erlaube, dass das ärztlich-therapeutische Attest und etwaige notwendige Unterlagen an die Kostenträger (Krankenkasse, Jugendamt oder überörtlicher Träger) weitergeleitet werden dürfen.

Außerdem entbinde ich ANAD® und die für meine Aufnahme notwendigen Kooperationspartner (aktuelle Klinik, CoMedicum Lindwurmhof, Therapeuten, Ärzte, Ansprechpartner der Behörden) gegenseitig von der Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in + Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen