

## Einwilligungserklärung

Ich habe die Informationen zur Erhebung, Speicherung und Weitergabe meiner Daten gelesen und verstanden.

Hiermit willige ich, \_\_\_\_\_,

geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

ein, dass personenbezogene Daten, wenn diese zum Zweck der Beratung, Behandlung, Vermittlung und Evaluation durch Mitarbeiter\*innen des NTFN erhoben werden. Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

---

Ort, Datum

Unterschrift

Weiterhin entbinde ich die Mitarbeiter\*innen des NTFNs und die unten aufgeführten Personen/Institutionen von der Schweigepflicht. Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass Berichte/Informationen zwischen dem NTFN und unten aufgeführten Personen/Institutionen (per Email, Telefon, Fax und Post) ausgetauscht werden.

Datum	Person/Institution	Unterschrift
	Unterstützer*in	
	Hausarzt/Hausärztin	
	Psychiater*in/Neurologe*in	
	Psycholog*innen/Psychotherapeut*innen	
	Klinik(en)	
	Mitarbeiter*innen der Flüchtlingsunterkunft	

Die oben aufgeführte Schweigepflichtsentbindung gilt ausschließlich für die Erledigung der fachspezifischen (gesundheitsbezogenen) Aufgaben von mir.

Die Schweigepflichtsentbindung erlischt, wenn ihr Anlass nicht mehr besteht.

Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtsentbindung jederzeit – auch ohne Angabe von Gründen – für die Zukunft widerrufen kann.

## Einwilligungserklärung zur wechselseitigen Entbindung von der Schweigepflicht

Ich \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
wohnhaft in \_\_\_\_\_

entbinde die Mitarbeiter\*innen des NTFNs und die unten aufgeführten Personen/Institutionen von der Schweigepflicht. Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass Berichte/Informationen zwischen dem NTFN und unten aufgeführten Personen/Institutionen (per Email, Telefon, Fax und Post) ausgetauscht werden.

Datum	Person/Institution	Unterschrift
	Rechtsanwalt/Rechtsanwältin	
	Bundesamt für Migration und Flucht (BAMF)	
	Ausländerbehörde	
	Sozialamt/Agentur für Arbeit/Jobcenter	

Die oben aufgeführte Schweigepflichtsentbindung gilt ausschließlich für die Erledigung der fachspezifischen (gesundheitsbezogenen) Aufgaben von mir.

Die Schweigepflichtsentbindung erlischt, wenn ihr Anlass nicht mehr besteht.

Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtsentbindung jederzeit – auch ohne Angabe von Gründen – für die Zukunft widerrufen kann.

# Vollmacht

## Vollmachtgeber\*in

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer:

Email:

---

## Vollmachtnehmer\*in:

**Mitarbeiter\*innen des Netzwerks für traumatisierte Flüchtlinge**

**Marienstraße 28**

**30171 Hannover**

Hiermit bevollmächtige ich die Mitarbeiter\*innen des Netzwerks für traumatisierte Flüchtlinge mich gegenüber der Krankenkasse, Sozialamt/Agentur für Arbeit und Jobcenter in meinen gesundheitlichen Belangen zu unterstützen und entsprechende Anträge für mich zu stellen. Dies beinhaltet auch eine Vollmacht in Bezug auf leistungsrechtliche Anträge.

Diese Vollmacht ist bis zu meinem Widerruf gültig.

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber\*in