



Entbindung von der wechselseitigen Schweigeverpflichtung

Ich,

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Adresse)

entbinde die Mitarbeiter*innen des NTFN e.V. und die unten aufgeführten Personen/Institutionen von der wechselseitigen Schweigepflicht. Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass Berichte/Informationen zwischen dem NTFN e.V. und den unten aufgeführten Personen/Institutionen (per E-Mail, Telefon, Fax und Post) ausgetauscht werden.

Datum	Person/Institution	Unterschrift
	Hausarzt/Hausärztin	
	Psychiater*in/Neurologe*in	
	Psycholog*innen/Psychotherapeut*innen	
	Klinik(en)	
	Unterstützer*in	
	Mitarbeiter*innen der Flüchtlingsunterkunft	
	Angehörig*e	
	Rechtsanwalt/Rechtsanwältin	
	Ausländerbehörde	
	Sozialamt/Agentur für Arbeit/Jobcenter	

Die oben aufgeführte Schweigepflichtsentbindung gilt ausschließlich für die Erledigung der fachspezifischen (gesundheitsbezogenen) Aufgaben von mir. Die Schweigepflichtsentbindung erlischt automatisch, wenn ihr Anlass nicht mehr besteht. Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtsentbindung zudem jederzeit – auch ohne Angabe von Gründen – für die Zukunft widerrufen kann.

Der Widerruf ist schriftlich an folgende Adresse zu richten:

NTFN e.V. / Marienstraße 28 / 30171 Hannover; oder an info@ntfn.de, (Betreff: Widerruf der Schweigepflichtsentbindung).