

<b>Fachklinik Haus Weitenau</b>	<p style="text-align: center;">6.1.1. Aufnahmeplanung  <b>Entbindung von der Schweigepflicht</b></p>	
-------------------------------------	--	---

**Haus Weitenau**  
 Fachklinik für suchtkranke Jugendliche  
 Tel: 07627 / 7085-0  
 Fax: 07627 / 7085-130  
 e-mail: weitenau@bw-lv.de

### Weitergabe des ärztlichen Entlassungsberichtes

Name .....Vorname.....

Straße, Hausnummer.....

PLZ, Wohnort.....

Leistungsträger:.....

Versicherungsnummer:.....

### Einverständniserklärung

Ich möchte mich zur Sicherung der Behandlungserfolges nach der stationären Entwöhnungsbehandlung und zur Erreichung einer dauerhaften Abstinenz in Behandlung begeben. Aus diesem Grund bin ich damit einverstanden, dass die Beratungs- und Behandlungsstelle

.....

.....

Straße
PLZ
Ort

eine Mehrfertigung des ärztlichen Abschlussberichtes erhält, und ich entbinde Sie hiermit ausdrücklich dieser Einrichtung gegenüber von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift