

Fachklinik Haus Weitenau D 6.1.1. D006	6.1.1. Aufnahmeplanung Entbindung von der Schweigepflicht	
--	--	---

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: _____

Geburtsdatum: _____

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

Name Einrichtung

Straße

PLZ

Ort

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

Datum

Unterschrift