

Schweigepflichtsentbindung

(Ambulant Betreutes Wohnen – einfache Sprache, Kurzversion)

Worum geht es?

Um eine gute Unterstützung zu gewährleisten, ist es sinnvoll, dass sich Mitarbeitende des Ambulant Betreuten Wohnens mit anderen Einrichtungen austauschen. Hierzu ist eine schriftliche Zustimmung notwendig.

Angaben zur betreuten Person	Ambulant Betreutes Wohnen
Name: _____	Einrichtung: _____
Geburtsdatum: _____	Ansprechperson: _____

Wer darf Informationen austauschen?

Ich erlaube den **Austausch von betreuungsrelevanten Informationen** zwischen dem Ambulant Betreuten Wohnen und folgenden Stellen:

- meiner rechtlichen Betreuung: _____
- meinem Hausarzt / meiner Hausärztein: _____
- meinem Facharzt / meiner Fachärztein: _____
- meiner Fachklinik: _____
- Sonstige Stellen (z.B. Sozialstation): _____

Es dürfen sich nur Personen austauschen, die direkt an meiner Betreuung beteiligt sind.

Es dürfen nur Informationen ausgetauscht werden, die für meine Betreuung wichtig sind

Beispielthemen: Gesundheit, Medikamente, Termine, Absprachen, Unterstützungsbedarf und Informationen in Krisen oder Notfällen.

Private Dinge ohne Bezug zur Betreuung dürfen nicht weitergegeben werden.

Dauer und Widerruf

Diese Einwilligung gilt:

- für die Dauer der Betreuung
 bis zum: _____

Ich kann sie jederzeit widerrufen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift betreute Person: _____

Unterschrift Fachkraft ABW: _____

Zur Information: Mitarbeitende des Ambulant Betreuten Wohnens dürfen sich innerhalb der Einrichtung austauschen, wenn dies für meine Betreuung notwendig ist.