

# 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 Hausärztin: \_\_\_\_\_
- ☐ meinem Facharzt / meiner Fachärztin: \_\_\_\_\_
- ☐ meiner Fachklinik: \_\_\_\_\_
- ☐ Sonstige Stellen (z.B. Sozialstation): \_\_\_\_\_

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

*Es dürfen nur Informationsaustausch 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.