



Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für das Steuerungsgremium Psychiatrie/Sucht Bezirk Mitte von Berlin

Name:
Vorname:
Anschrift:
Geburtsdatum:

Um eine passende Hilfe nach der Maßgabe der §§ 53, 54 SGB XII (zukünftig SGB IX) für mich zu finden und zu Beratungszwecken ist es erforderlich, dass die unten genannten Mitglieder des Steuerungsgremiums Psychiatrie/Sucht des Bezirks Mitte von Berlin Kenntnis von meinen persönlichen Daten, insbesondere zu meiner gesundheitlichen und sozialen Situation und zur geplanten Betreuungsform, erhalten.

Am Steuerungsgremium Psychiatrie/Sucht des Bezirkes Mitte, nehmen die nachfolgenden Mitglieder teil:

- der Psychiatriekoordinator Herr Koziolk oder deren Vertreterin, dessen Vertreter; die Suchthilfekordinatorin Frau Scholz oder deren Vertreterin, dessen Vertreter
- die Vertreterin/ der Vertreter des Fallmanagements bzw. der Eingliederungshilfe des Bezirks und ggf. anderer Bezirke
- die Vertreterin/ der Vertreter des Sozialpsychiatrischen Dienstes,
- die Vertreterinnen/ die Vertreter der Leistungserbringer der bezirklichen

Pflichtversorgung

a j b gGmbH

ADV gGmbH

Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.

Die Brücke gGmbH

Die Reha e.V. - Soziale Dienste mit Kontur

Förderkreis für seelische Gesundheit e.V.

GeBeWo - Soziale Dienste - gGmbH

Hiram Haus e.V.

Internationaler Bund IB Berlin-Brandenburg gGmbH

KBS e.V.

Lebenswelten e.V.

MeG - betreutes Wohnen gGmbH

Navitas gGmbH

Psychosoziale Initiative Moabit e.V.

sbh service gGmbH

Sozialtherapeutisches Hilfswerk e.V.

Träger gGmbH

Trockendock gGmbH

Unionhilfswerk Sozialeinrichtungen gGmbH

Verein für Berliner Stadtmission

Vista gGmbH

ZeitRaum gGmbH

Zentrum Überleben gGmbH

- die jeweilige Mitarbeiterin/ der Mitarbeiter der Krankenhäuser
Charité CCM, St. Hedwig Krankenhaus, Jüdisches Krankenhaus Berlin

(Anmerkung: Wer konkret am Steuerungsgremium teilnimmt, steht erst am Tag der Sitzung fest. Auf Wunsch werden Ihnen die Namen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie die vertretenen Institutionen mitgeteilt.)



Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Steuerungsgremiums Psychiatrie/Sucht über die Inhalte der für die Beratung erforderlichen ärztlichen, psychologischen oder sozialpsychiatrischen Gutachten informiert werden können und darüber beraten dürfen, um eine für mich geeignete Maßnahme nach den §§ 53,54 SGB XII zu finden.

Alle Mitglieder unterliegen außerhalb des Steuerungsgremiums Psychiatrie/Sucht der Schweigepflicht und beachten den Datenschutz. Für die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen sind alle Mitglieder des Steuerungsgremiums verpflichtet, die im Rahmen dieser Tätigkeit bekannt werdende Informationen, streng vertraulich behandeln. Diese Verpflichtung wird mit Unterschrift bei der Teilnahme bestätigt.

An der Sitzung des Gremiums möchte ich selbst teilnehmen ja nein

Auf die Nennung Ihres Namens kann in der Sitzung verzichtet werden. Nach Abschluss des Steuerungsgremiums erhält der Träger, welcher für die Betreuung ausgewählt wurde, Ihre personenbezogenen Daten.

Die vorliegende Erklärung, insbesondere die Entbindung der Schweigepflicht, kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Datum

Unterschrift der Klientin/des Klienten

ggf. Unterschrift rechtliche Betreuerin/rechtlicher Betreuer