

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für das Steuerungsgremium Psychiatrie Charlottenburg-Wilmersdorf



Name:
Vorname:
Anschrift:
Geburtsdatum:

Um eine passende Maßnahme der Eingliederungshilfe des SGB IX für mich zu finden und zu Beratungszwecken ist es erforderlich, dass die unten genannten Mitglieder des Steuerungsgremiums Psychiatrie/Sucht des Bezirks Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin Kenntnis von meinen persönlichen Daten, insbesondere zu meiner gesundheitlichen und sozialen Situation und zur geplanten Betreuungsform, erhalten.

Am Steuerungsgremium Psychiatrie des Bezirkes Charlottenburg-Wilmersdorf nehmen die nachfolgenden Mitglieder teil:

- der Psychiatriekoordinator/die Psychiatriekoordinatorin
- der Suchthilfekoordinator/die Suchthilfekoordinatorin
- die Vertreterin/ der Vertreter des Teilhabefachdienstes Soziales des Bezirks und ggf. anderer Bezirke
- die Vertreterin/ der Vertreter des Sozialpsychiatrischen Dienstes
- die Vertreterinnen/ die Vertreter der Leistungserbringer der bezirklichen Pflichtversorgung: ADV gGmbH, ajb gGmbH, Albatros gGmbH, Autismus Deutschland-LV Berlin e.V., Firma Scheuer-Sellke, GEBEWO - Soziale Dienste-Berlin gGmbH, GPVA, Heilsarmee Sozialwerk GmbH, Internationaler Bund gGmbH, Komm Rum e.V., PBAM e.V., Pinecki GmbH, Pinel gGmbH, Platane 19 gGmbH., Pro Seniore GmbH, sbh-service gGmbH, Sozialtherapeutisches Hilfswerk e.V., Triangel gUG, Villa Höhne gGmbH., Vita e.V., Weltbürger gGmbH
- die jeweilige Mitarbeiterin/ der Mitarbeiter der Friedrich von Bodelschwingh-Klinik und der Psychiatrischen Abteilung der Schlosspark-Klinik

(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 dem SGB IX 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