

## Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin

Abt. Stadtentwicklung, Gesundheit, Personal und Finanzen

### Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

für das Steuerungsgremium Psychiatrie und Suchthilfe Marzahn-Hellersdorf

Name: .....  
Vorname: .....  
Anschrift: .....  
Geburtsdatum: .....

Um eine passende Hilfe nach der Maßgabe des SGB IX für mich zu finden und zu Beratungszwecken ist es erforderlich, dass die unten genannten Mitglieder des Steuerungsgremiums Psychiatrie und Suchthilfe des Bezirks Marzahn-Hellersdorf von Berlin Kenntnis von meinen persönlichen Daten, insbesondere zu meiner gesundheitlichen und sozialen Situation und zur geplanten Betreuungsform, erhalten.

Am Steuerungsgremium Psychiatrie und Suchthilfe des Bezirkes Marzahn-Hellersdorf nehmen die nachfolgenden Mitglieder teil:

- die Psychiatriekoordinatorin Fr. Kley oder ihr Stellvertreter, der Suchthilfekoordinator Hr. Fischer
- die Vertreterin/ der Vertreter des Teilhabefachdienstes des Bezirkes
- die Vertreterin/ der Vertreter des Sozialpsychiatrischen Dienstes,
- die Vertreterinnen/ die Vertreter der Leistungserbringer der bezirklichen Pflichtversorgung (ajb GmbH, FAB e.V., GEBEWO - Soziale Dienste - gGmbH, Integratives Beratungszentrum gGmbH, Internationaler Bund gGmbH, Lebensnähe gGmbH, MITTENDRIN leben e.V., Pfadefinder Berlin gGmbH, Pflegewohnzentrum Kaulsdorf Nord gGmbH, PROWO e.V., SozDia Stiftung Berlin, Sozialdienste der Volkssolidarität gGmbH, vista gGmbH, Wuhletal – Psychosoziales Zentrum gGmbH, ZIK gGmbH),
- die jeweilige Mitarbeiterin/ der Mitarbeiter des Krankenhauses (Vivantes - Netzwerk für Gesundheit GmbH, Klinikum Kaulsdorf) und
- ggf. ein Vertreter/eine Vertreterin des Team Soz IV.

(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 und Suchthilfe 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 und Suchthilfe der Schweigepflicht und beachten den Datenschutz. Für die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen sind alle Mitglieder des Steuerungsgremiums verpflichtet, die im Rahmen dieser Tätigkeit bekanntwerdenden Informationen, streng vertraulich zu 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