



**Einverständniserklärung und Schweigepflichtentbindung
zur Überleitung an das Steuerungsgremium Psychiatrie und Suchthilfe in einem anderen Bezirk**

Name, Vorname:

Geboren am:

Ich wünsche ein Assistenzangebot im Bezirk
und gebe zu diesem Zweck mein Einverständnis zur Überleitung meiner Belange an die dortige
Psychiatrie- bzw. Suchthilfekoordination. Die Psychiatrie-/Suchthilfekoordination des abgebenden
Bezirks entbinde ich diesbezüglich von der Schweigepflicht.

Ich wurde darüber informiert, dass für die Überleitung in den angefragten Bezirk zu folgenden
Punkten Angaben notwendig werden und bin mit der Weitergabe einverstanden:

- Angaben zu meiner Person (Name, Vorname; Geburtsdatum; ggf. gesetzliche Betreuung)
- Zum derzeitigen Aufenthalt und ggf. zur bisherigen Assistenz (z.B. eigene Wohnung, Leistungstyp seelische Behinderung, stationäre Behandlung)
- Zu den Gründen für die Versorgungssuche im anderen Bezirk (z.B. eigener Wunsch, Wohnortbezug, kein adäquates Angebot im abgebenden Bezirk)
- Zur familiären Situation
- Zur Erwerbs- und Einkommenssituation
- Zu vorhandenen Sprachkenntnissen
- Zu Vorgeschichte und Krankheitsverlauf
- Zum Teilhabebedarf, insbesondere zu den Zielen, Art und Umfang der angestrebten/empfohlenen Assistenz
- Wünsche an das künftige Assistenzsetting, z.B. spezifische Angebote, weibliche/männliche Assistenzperson, Diversität
- Angaben zur vorstellenden Person/Begleitperson zur Vorstellung im Steuerungsgremium des angefragten Bezirks
- Kontaktdaten der zuständigen Leistungskoordination/Teilhabeplanung.

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

Berlin,

Unterschrift
der Klientin/des Klienten

ggf. Unterschrift der
gesetzlichen Vertretung