



Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für das Steuerungsgremium Psychiatrie (SGP) und Sucht (SGS) in Treptow-Köpenick

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Um eine passende Hilfe nach der Maßgabe der § 113 Abs. 1 und 2 Nr. 2 und Nr. 5, Abs. 3 i.V.m. § 78 und 81 SGB IX für mich zu finden und zu Beratungszwecken ist es erforderlich, dass die unten genannten Mitglieder des Steuerungsgremiums Psychiatrie des Bezirks Treptow-Köpenick von Berlin Kenntnis von meinen persönlichen Daten, insbesondere zu meiner gesundheitlichen und sozialen Situation und zur geplanten Betreuungsform, erhalten.

Am Steuerungsgremium Psychiatrie des Bezirkes Treptow-Köpenick nehmen die nachfolgenden Mitglieder teil:

- die Psychiatriekoordinatorin Frau Lachmann oder deren Vertreterin, dessen Vertreter;
- der Suchthilfekoordinator Herr Ringel oder deren Vertreterin, dessen Vertreter
- die Vertreterin/ der Vertreter des Teilhabefachdienstes/Teilhabepflicht des Bezirkes und ggf. anderer Bezirke
- die Vertreterin/ der Vertreter des Sozialpsychiatrischen Dienstes,
- die Vertreterinnen/ die Vertreter der Leistungserbringer der bezirklichen Pflichtversorgung der Psychiatrie:

ajb gmbh, Das 5. Rad e.V., GEBEWO gGmbH, Unionhilfswerk, VITA e.V. Berlin, VIA Perspektiven gGmbH, DASI Berlin gGmbH, Psychosozialer Verbund Treptow e.V., SozDia gGmbH, Triangel gGmbH, team-navi gUG, Internationaler Bund e. V., MyWay MyLife Soziale Dienste gGmbH, PROWO e. V., Pfadefinder gGmbH, MeG gGmbH, Universal Stiftung Helmut Ziegner, SVBB gGmbH

- bzw. die Vertreterinnen/ die Vertreter der Leistungserbringer der bezirklichen Pflichtversorgung der Sucht:

Johannisches Sozialwerk e.V., Drogentherapiezentrum-Berlin e.V., GEBEWO gGmbH, Märkisches Sozial- und Bildungswerk e.V., Reha-Zentrum Friedrichshagen gGmbH, Vista gGmbH, Stiftung SPI



- die jeweilige Mitarbeiterin/ der Mitarbeiter des Alexianer Krankenhauses Hedwigshöhe.

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

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle Teilnehmenden des Steuerungsgremiums Psychiatrie bzw. 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 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 bekanntwerdende Informationen, streng vertraulich behandeln. Diese Verpflichtung wird mit Unterschrift bei der Teilnahme bestätigt.

An der Sitzung des Gremiums möchte ich selbst teilnehmen: ja nein

Sollte eine persönliche Vorstellung erwünscht sein, benötigen wir eine aktuelle Telefonnummer oder E-Mailadresse, so dass wir Ihnen zeitnah den Termin zur Steuerung benennen können. Telefonnummer/E-Mail:

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.

Ich wünsche eine anonyme Vorstellung: ja nein

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

Ort, Datum und Unterschrift der Klientin/des Klienten ggf. der rechtlichen Betreuerin/des rechtlichen Betreuers