



Entbindung von der beruflichen Schweigepflicht im Rahmen der Kostengutsprachen bei stationären Therapien

Personalien Klient/-in

Herr Frau

Vorname

Name

Geburtsdatum

Strasse

Nummer

Postleitzahl

Wohnort

Entbindung

Ich ermächtige hiermit

- die Sozialhilfe der Stadt Basel
- die Sozialhilfe der Gemeinde Riehen
- das Amt für Sozialbeiträge Basel
- das Amt für Sozialbeiträge Riehen

der Abteilung Sucht der Gesundheitsdienste Basel-Stadt während der Abklärungsdauer und der Dauer der stationären Therapie Auskunft zu geben, sowie die Abteilung Sucht gegenüber den involvierten ambulanten und stationären Institutionen im Rahmen der notwendigen Therapien Auskunft zu geben.

- Die Entbindung bezieht sich auf Daten, die für die Abklärung, Beratung und Behandlung der Klientin / des Klienten relevant sind und ist für deren Dauer gültig. Die Daten werden lediglich im Rahmen der Beratung oder Behandlung der Klientin / des Klienten verwendet.
- Der Klientin / dem Klienten ist bekannt, dass er diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit per sofort widerrufen kann.
- Die Klientin / der Klient wurde ausführlich darüber informiert, aus welchem Grund und in welchem Umfang Daten erhoben werden, was mit diesen passiert und wie sie nach Ende der Behandlung gelöscht / vernichtet werden.

Unterschrift

Bezugsperson
der Indikationsstelle

Ort

Datum

X

Klientin / Klient

Ort

Datum

X

Informationen zum weiteren Vorgehen

Nachdem Sie das Formular ausgefüllt haben, bitten wir Sie, dies auszudrucken und zu unterschreiben. Senden Sie die Unterlagen an: Gesundheitsdienste, Abteilung Sucht, Clarastrasse 12, Postfach, 4005 Basel.