

**Entbindung von der Schweigepflicht
und
Einwilligung zur Weitergabe von Sozialdaten**

(Vorname Name)	(Vorname Name)
(Anschrift)	(Anschrift)

Ich / wir entbinde/n folgende Personen / Einrichtungen gegenseitig von der beruflichen Schweigepflicht:

- _____
- _____
- _____
- _____

Die Entbindung von der Schweigepflicht dient folgendem Zweck:

--

Zusätzlich stimme ich einer Weitergabe der erhobenen Daten an die unten aufgeführten Personen / Einrichtungen zu:

- _____
- _____
- _____
- _____

Mir / uns ist bekannt, dass die Entbindung von der Schweigepflicht und / oder die Einwilligung zur Weitergabe der Daten jederzeit mit sofortiger Wirkung schriftlich widerrufen werden kann.

(Ort / Datum) Münster,	(Ort / Datum) Münster,
Unterschrift	Unterschrift