



**Diakonie Kirchenkreis An der Agger**

Kurberatung

für Mutter/Vater/Kind und Pflegende

EVANGELISCHER  
KIRCHENKREIS



AN DER AGGER

### **Schweigepflichtsentbindung für meine Krankenkasse**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Mir ist bewusst, dass meine Krankenkasse grundsätzlich zur Verschwiegenheit über die mich betreffenden Angelegenheiten gegenüber Dritten verpflichtet ist. Um eine Unterbringung im Rahmen von Maßnahmen nach den §§ 21 und 41 SGB V durchzuführen, ist allerdings der Austausch mit Dritten, unter anderem mit den Beratungsstellen, die mich im Hinblick auf diese Leistungen sowie bei meiner Antragsstellung unterstützen, sinnvoll.

Hiermit entbinde ich daher bis zum Widerruf meine Krankenkasse: \_\_\_\_\_ für den Austausch mit der von mir gewählten Mutter-Vater-Kind-Kurberatungsstelle der Diakonie An der Agger, von allen mir gegenüber bestehenden Schweigepflichten.

Mir ist bewusst, dass diese Erklärung auf freiwilliger Basis erfolgt.

Mir ist bewusst, dass ich diese Entbindungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft in Textform, d.h. durch ein Schriftstück, das keiner eigenhändigen Unterschrift bedarf, widerrufen kann (Brief, E-Mail, Fax).

Im Fall des Widerrufs ist eine Beratung unter Umständen nur noch eingeschränkt möglich und meine Unterbringung in einer Einrichtung kann erschwert werden. Es entstehen mir dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen. Meine Widerrufserklärung ist zu richten an die mir bekannten Kontaktdaten meiner Krankenversicherung.

\_\_\_\_\_  
(Datum, Ort)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)