

## 1. Personalien des Klienten

Vorname:

Nachname:

Straße:

PLZ:

Ort:

Geburtsdatum:

/

/

Telefon:

E-Mail:

## 2. Anliegen Information Beratung Beschwerde

---

---

---

## 3. Angaben zu beteiligten Personen/ Einrichtungen

---

## 4. Vereinbarung zum Umgang mit dem Anliegen durch die IBB-Stelle Rottweil

---

---

## 5. Schweigepflichtentbindung

- Ich entbinde die Ärzte, die mich zurzeit behandeln oder die mich früher behandelt haben, von Ihrer Schweigepflicht, soweit es um die Bearbeitung des oben beschriebenen Anliegens geht. Im gleichen Umfang entbinde ich die anderen oben aufgeführten Personen von einer eventuellen Pflicht zur Verschwiegenheit. Ich bin damit einverstanden, dass der Patientenführer bzw. die Mitglieder der IBB-Stelle Rottweil mit beteiligten Ärzten, mit Angehörigen des Pflegepersonals oder sozialer Dienste oder mit sonstigen Personen sprechen, soweit dies zur Klärung oder Abhilfe einer Beschwerde notwendig ist. Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgebe und diese von mir jederzeit widerrufen werden kann.

## 6. Der Klient/ die Klientin erklärt sich einverstanden

- mit der Erörterung seines/ihrer Anliegens durch die unabhängige IBB-Stelle Rottweil
- mit der Aufnahme von Personalien sowie des Anliegens in die vertrauliche Klientenakte
- mit der Bearbeitung des Anliegens durch die IBB-Stelle Rottweil unter Kontaktaufnahme mit folgenden Personen bzw. Institutionen:

- mit der Übermittlung des Anliegens an die betroffene Person oder Stelle per E-Mail anstatt mit der Post

---

**Ort und Datum**

---

**Unterschrift Klient/in**

- Der Klient/ die Klientin erhält eine Kopie

---

**Unterschrift Mitarbeiter/in IBB-Stelle Rottweil**



**7. Notizen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---