

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Ich entbinde hiermit alle Ärzte und Psychotherapeuten, die mich behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht und zwar gegenüber den MitarbeiterInnen des Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V., Marienstraße 28, 30171 Hannover

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort:

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

- Aufenthaltsgestattung
- Duldung
- Aufenthaltserlaubnis
- Sonstiges/ keine Papiere

- in der Krankenkasse
- über das Sozialamt versichert

Sonstiges

-----  
Ort, Datum Unterschrift

### Vollmacht

Ich beauftrage die oben genannten mich in meinen gesundheitlichen Belangen zu unterstützen und entsprechende Anträge für mich zu stellen. Dies beinhaltet auch eine Vollmacht im Bezug auf leistungsrechtliche Anträge.

-----  
Ort, Datum Unterschrift