



Malzgasse 30
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 89 00
E-Mail: therapiefinanzierung.abteilungsucht@hin.ch
www.bs.ch/sucht

Entbindung von der beruflichen Schweigepflicht im Rahmen der Kostengutsprache bei stationärer / teilstationärer Therapie oder Nachsorge

Personalien Klient / Klientin

Name			
Vorname			
Geburtsdatum		Geschlecht	m ☐ w ☒
Strasse		Nr.	
Postleitzahl		Ort	

Entbindung

Ich ermächtige hiermit

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

der Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt während der Abklärungsdauer und der Dauer der stationären/teilstationären Therapie oder Nachsorge Auskunft zu geben, sowie die Abteilung Sucht und die involvierten ambulanten und stationären/teilstationären Institutionen im Rahmen der notwendigen Therapien sich gegenseitig 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.
- Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit per sofort widerrufen kann.
- Ich 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.

Ort und Datum

Unterschrift

Name Bezugsperson der Indikationsstelle

Ort und Datum

Unterschrift Klient/Klientin

Informationen zum weiteren Vorgehen

Nachdem Sie das Formular ausgefüllt haben, bitten wir Sie, dieses zu unterschreiben und Ihrer zuständigen Indikationsstelle auszuhändigen.

Formular

» Drucken

» Zurücksetzen