

Antragseingang



Unser
**Landkreis
Kronach**
Oberfrankens Spitze

Landratsamt Kronach
Sachgebiet 22
Güterstraße 18
96317 Kronach

Schweigepflichtentbindung

Ich, _____ geb. am _____ erkläre mich damit einverstanden,
Name, Vorname, geb. am
wenn die Mitarbeiterinnen der Betreuungsstelle im Zusammenhang mit meinem Betreu-
ungsverfahren Rücksprache nehmen; mit meinen behandelnden Ärzten/meinen
Angehörigen/sonstigen Personen/Bildungsträger usw.

(Namentliche Benennung)

Mein Einverständnis entbindet die genannte Person/Einrichtung/Arzt von der gesetzlichen
Schweigepflicht. Die Betreuungsstelle darf die so erhaltenen Informationen in Form einer
Berichterstattung an das zuständige Amtsgericht, Abteilung für Betreuungssachen,
weiterleiten.

Ort, Datum

Unterschriftsfeld