

## Schweigepflichtentbindung / Teilvollmacht

Hiermit entbinde ich

---

*Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Geburtsland*

nachfolgend angegebene berechnigte Personen von der gegenseitigen Schweigepflicht gegenüber allen Stellen, mit denen Kontakt im Rahmen nachfolgend ausgewählter Angelegenheiten aufgenommen wird:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ausländerrechtlich | <input type="checkbox"/> Psychologisch       |
| <input type="checkbox"/> Sozialrechtlich    | <input type="checkbox"/> Medizinisch         |
| <input type="checkbox"/> Familienrechtlich  | <input type="checkbox"/> Schulisch/Beruflich |

Des Weiteren bevollmächtige ich diese alle Auskünfte in den ausgewählten Bereichen einzuholen bzw. Einsicht in die in diesem Zusammenhang relevanten Akten zu nehmen und Kopien von den darin enthaltenen Dokumenten anzufertigen.

### **Berechtigte Personen:**

Larissa Napierala, Michel Eckhardt, Laura Boese, Stefan Kleinfengels, Jana Schürmann, Nicole Pawlikowski / Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge am Niederrhein, Diakonisches Werk Dinslaken, Bahnhofsplatz 6, 46535 Dinslaken

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Erklärung auf freiwilliger Basis erfolgt. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Entbindungserklärung jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft in Textform, das heißt durch ein Schriftstück, das keiner eigenhändigen Unterschrift bedarf, widerrufen kann (Brief, E-Mail, Fax). Es entstehen mir dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen. Meine Widerrufserklärung ist zu richten an: Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge am Niederrhein, Bahnhofsplatz 6, 46535 Dinslaken. Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen. Sofern ich Fragen hatte, wurden diese vollständig und umfassend beantwortet.

---

*Ort, Datum, Unterschrift*

V4-05.04.23