



## 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 Zollernalbkreis

---

---

## 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 Patientenführsprecher bzw. die Mitglieder der IBB-Stelle Zollernalbkreis 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/ihres Anliegens durch die unabhängige IBB-Stelle Zollernalbkreis
- mit der Aufnahme von Personalien sowie des Anliegens in die vertrauliche Klientenakte
- mit der Bearbeitung des Anliegens durch die IBB-Stelle Zollernalbkreis 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 Zollernalbkreis

