



Malzgasse 30  
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 89 00  
E-Mail: [abteilung.sucht@bs.ch](mailto:abteilung.sucht@bs.ch)  
[www.sucht.bs.ch](http://www.sucht.bs.ch)

## **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 gegenüber den involvierten ambulanten und stationären/teilstationären Institutionen im Rahmen der notwendigen Therapien 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.