Adresse

Adresse

Adresse

**Entbindung Schweigepflicht**

Der/die unterzeichnende

*Klient Name, geb. , vom Heimatort, wohnhaft in PLZ Ort, Strasse* entbindet hiermit



von der Schweigepflicht gegenüber, Frau/Herr Fallführer, Sozialregion Olten, Dornacherstrasse 1, 4601 Olten. Herr/Frau XY Fallführer ist berechtigt, Auskünfte zu verlangen und Einsicht in Akten zu nehmen, welche den Unterzeichnenden/die Unterzeichnende betrifft. Diese Entbindung der Schweigepflicht gilt bis auf Widerruf.

Ort, Datum Unterschrift