



**MATHËLLEF**  
asbl

MATHËLLEF asbl  
12, Um Kinert | L-5334 MOUTFORT

Tél: (+352) 27 69 27 - 1  
Fax: (+352) 27 69 27 27

Internet: [www.mathellef.lu](http://www.mathellef.lu)  
E-mail: [accueil@mathellef.lu](mailto:accueil@mathellef.lu)

### Schweigepflichtsentbindung

Agréments :  
SANTE 80/10  
AP 2011/1

TVA n° LU20 37 17 85  
RCS Luxembourg: F3588  
Matricule: 1999 6101 463

Code BIC: BCEELULL  
LU63 0019 1255 2702 4000

Um auf einer unserer geschützten Werkstätten aufgenommen zu werden, bitten wir Sie uns verschiedene persönliche Informationen, welche ihren psychischen Gesundheitszustand betreffen, mitzuteilen. Sie können versichert sein, dass wir jegliche Informationen mit dem absoluten Respekt der Schweigepflicht behandeln.

Es ist unumgänglich, dass wir im Rahmen unserer therapeutischen und psychosozialen Arbeit, mit Professionellen aus dem medizinischen psychologischen und sozialen Sektor Kontakt aufnehmen um Informationen mit ihnen auszutauschen. Um diesen streng professionellen Austausch zu erlauben und zu erleichtern, bitten wir um Ihre schriftliche Zustimmung.

Um meine psychosoziale Begleitung zu garantieren, erlaube ich hiermit, dass den Mitgliedern des psychosozialen Teams alle Informationen betreffend meine Person mitgeteilt werden können, respektiv, dass sie persönliche Informationen mich betreffend an Professionelle aus dem medizinischen, psychologischen und sozialen Bereich und besonders aus dem Bereich der Psychiatrie, weitergeben können. Das psychosoziale Team verpflichtet sich, mich so schnell wie möglich darüber zu informieren, mit wem sie Kontakt aufgenommen haben.

### Délaiement du secret professionnel

Pour être admis, nous demandons certaines informations personnelles, concernant votre état de santé psychique. Vous pouvez être rassuré que nous traitons toutes les informations que vous nous donnez avec le plus strict respect du secret professionnel.

Dans le cadre de notre travail thérapeutique et d'encadrement psychosocial, il est indispensable que nous prenions contact avec des professionnels du secteur médico-psychosocial pour échanger des informations avec eux. Pour permettre et faciliter ces échanges strictement professionnels, nous demandons votre accord écrit.

Par la présente, afin de garantir mon accompagnement psychosocial j'autorise les membres de l'équipe psychosociale, à recevoir toute information et à donner toute information personnelle concernant ma personne à des professionnel(le)s du secteur médico-psychosocial et notamment du secteur de la psychiatrie. Les responsables psychosociaux s'engagent à m'informer dans les meilleurs délais avec qui ils ont pris contact.

|                |  |
|----------------|--|
| Datum/Date     |  |
| Nom/Name       |  |
| Prénom/Vorname |  |
| Unterschrift   |  |

