

## Schweigepflichtentbindung Johanniter-Tagesklinik Koblenz

---

Patientenname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich/Wir \_\_\_\_\_ entbinden  
(Sorgeberechtigte)

Frau Dr. Brigitte Pollitt (Chefärztin), sowie die jeweils zuständigen therapeutisch tätig Mitarbeitenden (Ärzt:innen, Psycholog:innen, Fachtherapeut:innen, Sozialdienstmitarbeitende inkl. Case Management) wechselseitig von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber:

Institution: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ansprechpartner:in: \_\_\_\_\_

Mit dem Austausch von Patientendaten zum Zweck:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diagnostik        | <input type="checkbox"/> Therapieplanung     | <input type="checkbox"/> Schulunterrichtsvorbereitung |
| <input type="checkbox"/> Perspektivplanung | <input type="checkbox"/> Hilfe zur Erziehung | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____              |

bin ich/sind wir – solange der Beratungs- und Behandlungsprozess läuft und der o.g. Zweck erfüllt wird – einverstanden.

Mir/uns ist bekannt, dass ...

- die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- diese Entbindung von der Schweigepflicht freiwillig abgeben wird.
- gem. §25 DSGVO-EKD i. V. m. § 6 Nr. 1, 3, 4 oder 8 jederzeit gegen die Verarbeitung von Personen bezogenen Daten Widerspruch eingelegt werden kann.

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift Patient:in (wenn über 14 Jahre)