



Schweigepflichtentbindung

Patientenname, Geb.dat: _____

Hiermit entbinde/n ich /wir _____
(Personensorgeberechtigte)

Frau Dr. Brigitte Pollitt (Chefärztin), sowie die jeweils zuständigen therapeutisch tätigen Mitarbeiter/Innen (Ärzte, Psychologen, Fachtherapeuten, Sozialdienst incl. Case-Management) wechselseitig von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber:

Institution: _____

Ansprechpartner: _____

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 ich /wir ...

... die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

... diese Entbindung von der Schweigepflicht freiwillig abgeben.

... gem. §25 DSGVO-EKD i.V.m. §6 Nr. 1,3,4 oder 8 jederzeit gegen die Verarbeitung meiner / unserer Personen bezogener Daten Widerspruch einlegen können.

Datum

Unterschrift des / der Sorgeberechtigten

Datum

Unterschrift Patient / in (wenn über 14 Jahre)