

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde/n ich/wir,

(Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters)

(Anschrift)

als gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter von

(Name, Vorname des Patienten)

(Geburtsdatum)

die MitarbeiterInnen des spezialisierten ambulanten Palliativteams für Kinder und Jugendliche Niederbayern von der Schweigepflicht entsprechend § 203 Strafgesetzbuch (StGB)

gegenüber

Institution	Name, Anschrift der Institution
Klinik:	_____
Haus/Fachärzte:	_____
Pflegedienst:	_____
Therapeuten:	_____
Pflegeeinrichtungen:	_____
Kindergarten/Schule:	_____
Weitere:	_____

und umgekehrt für folgenden Zweck:

Austausch zur Optimierung von Diagnose und Therapie.

Das spezialisierte ambulante Palliativteam für Kinder und Jugendliche Niederbayern und seine MitarbeiterInnen sichern zu, dass die Daten streng vertraulich behandelt werden. Das spezialisierte ambulante Palliativteam für Kinder und Jugendliche Niederbayern verarbeitet die Daten elektronisch nach Maßgabe des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG).

Mir/ Uns ist bekannt, dass ich/ wir diese freiwillige Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/ können. Ich/ Wir wurde/n ausführlich über den Sinn und Zweck dieser Erklärung beraten.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r Betreuer

Unterschrift Jugendlichen (ab 14 Jahren)