

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

Frau / Herrn

Name der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters des Kinderkrankenhauses

von der Schweigepflicht entsprechend § 203 Strafgesetzbuch (StGB)

gegenüber

Name und Adresse der Institution / der Ärztin / des Arztes

und umgekehrt für folgenden Zweck:

Austausch von Informationen.

Es wird zugesichert, dass die Daten streng vertraulich behandelt werden. Die Daten werden elektronisch nach Maßgabe des Gesetzes über den Kirchlichen Datenschutz (KDG) verarbeitet.

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/in

Unterschrift Jugendliche/r (ab 14 Jahren)