

Sozialpädiatrisches Zentrum Konstanz

Entbindung von der Schweigepflicht

Name des Kindes:		Mein Name ist:
Geburtsdatum:		Ich bin : <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstiges:

Ich erkläre mich – mit dem Einverständnis aller weiteren sorgeberechtigten Personen – damit einverstanden, dass ich die in den Untersuchungs- und Behandlungsauftrag des o.g. Kindes involvierten Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Sozialarbeiter und Medizinischen Fachangestellten des SPZ Konstanz von der Schweigepflicht gegenüber unten aufgeführten Einrichtungen bzw. Personen entbinde. Wenn nicht ausdrücklich anders vermerkt, umfasst diese Entbindung den telefonischen Austausch von Informationen und die wechselseitige Übersendung bzw. den Erhalt von Berichten und Befunden, die für den Behandlungsauftrag des SPZ relevant sind. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

Einrichtung	Ansprechperson/en	Kontaktdaten (Ort, ggf. Adresse, Telefon)	Entbindung von Schweigepflicht	Datum	Unterschrift
Zuweisende Arztpraxis	siehe Überweisungsschein	Adresse ist bekannt	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
			<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
			<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
			<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
			<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
			<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
			<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		