



Schweigepflichtentbindung

Einwilligung zur schriftlichen und mündlichen Datenweitergabe

Patient:

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

wohnhaft in: _____

Hiermit entbinde ich

- Alle an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter
- Nur folgende Mitarbeiter _____

der Kinderklinik Garmisch-Partenkirchen gGmbH

(Dt. Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie, Zentrum für Schmerztherapie junger Menschen, Sozialpädiatrisches Zentrum, Private Schule für Kranke)

von seiner/ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber

Namen + Praxis, Krankenhaus oder Institution + Ort + Telefonnummer

- Zugleich entbinde ich die hier genannte Person/Einrichtung von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber dem oben genannten Mitarbeiter/der oben genannten Mitarbeiterin der Kinderklinik Garmisch-Partenkirchen gGmbH.

Ich erlaube den Mitarbeiter*innen in der Kinderklinik Garmisch-Partenkirchen gGmbH das Einholen von mündlichen und schriftlichen Informationen zur Behandlungsvorgeschichte, zum Behandlungsverlauf und zur Behandlungsnachsorge des Patienten/der Patientin, um eine optimale Behandlung des Patienten zu gewährleisten.

Diese Schweigepflichtentbindung erfolgt freiwillig und kann von Ihnen jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen werden, daraus entstehen ihrem Kind keine Behandlungsnachteile.

Name in Blockschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Gesetzl. Vertreter / Patient