

Einverständniserklärung zur Schweigepflichtentbindung

1. Patientendaten:

Patient:in; Name; Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift

2. Zusatz zur Schweigepflichtentbindung

Sind in dieser Schweigepflichtentbindung mehrere Personen, Einrichtungen, Behörden oder sonstige Institutionen als empfangs- oder auskunftsberechtigte Stellen aufgeführt, werden diese bei einer Weitergabe oder Anforderung von Informationen im Rahmen dieser Schweigepflichtentbindung jeweils darüber in Kenntnis gesetzt, welche weiteren Stellen in die Schweigepflichtentbindung einbezogen sind.

Sollte gewünscht sein, dass einzelne Personen, Einrichtungen, Behörden oder sonstige Institutionen keine Kenntnis voneinander erhalten, bitten ich Sie, für die jeweiligen Stellen jeweils eine separate Schweigepflichtentbindung auszufüllen und zu unterzeichnen. So kann sichergestellt werden, dass die Vertraulichkeit entsprechend Ihren Wünschen gewahrt bleibt.

Der Informationsaustausch umfasst ausschließlich die für Diagnostik, Behandlung und Weiterbehandlung erforderlichen medizinischen Informationen.

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt hiervon unberührt.

3. Schweigepflichtentbindung und Einverständnis zum Informationsaustausch

Zum Zweck einer koordinierten medizinischen Behandlung entbinde/n ich/wir die Praxis Kinder- & Jugendpsychiaterin Andrea Gonsior von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den nachfolgend genannten Behandlern, Institutionen, Therapeuten und willige/n in den gegenseitigen Austausch medizinisch notwendiger Informationen ein.

Einverständnis zur gegenseitigen Schweigepflichtentbindung zwischen

Praxis Kinder- & Jugendpsychiaterin Andrea Gonsior

Andrea Gonsior

Immenstädterstraße 18

87435 Kempten

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERIN ANDREA GONSIOR

PATIENT:IN (Name, Vorname und Geburtsdatum)

Und folgenden Personen, Einrichtungen, Behörden oder sonstige Institutionen:

Institution/ Praxis/ Behörde

Ansprechpartner /-in

Adresse

Telefon / E-Mailadresse

Institution/ Praxis/ Behörde

Ansprechpartner /-in

Adresse

Telefon / E-Mailadresse

Institution/ Praxis/ Behörde

Ansprechpartner /-in

Adresse

Telefon / E-Mailadresse

Institution/ Praxis/ Behörde

Ansprechpartner /-in

Adresse

Telefon / E-Mailadresse

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERIN ANDREA GONSIOR

PATIENT:IN (Name, Vorname und Geburtsdatum)

4. Erklärung

Ich/Wir bestätigen, die vorstehenden Informationen gelesen und verstanden zu haben und willigen in die in den Informationsaustausch mit den genannten Personen, Einrichtungen, Behörden oder sonstige Institutionen ein.

Zustimmung bei Volljährigkeit

Bei volljährigen Patientinnen und Patienten ist ausschließlich die Zustimmung der betroffenen Person erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Zusätzliche Zustimmung Jugendlicher ab dem 16. Lebensjahr

Name des Jugendlichen / der Jugendlichen

Unterschrift Jugendliche/r (ab 16 Jahre)

Ort, Datum

Zustimmung der Sorgeberechtigten

SORGEBERECHTIGT 1

Name; Vorname; Geb.Datum

Ort, Datum

Unterschrift

SORGEBERECHTIGT 2

Name; Vorname; Geb.Datum

Ort, Datum

Unterschrift