

Name des Kindes: _____ geb.: _____

Entbindung von der Schweigepflicht

Liebe Eltern,

als medizinische Einrichtung sind wir an die ärztliche Schweigepflicht gebunden. Oft ist es für unsere Arbeit jedoch wichtig, dass wir nicht nur Sie und Ihr Kind kennenlernen, sondern auch Informationen über Ihr Kind mit anderen Institutionen und Personen austauschen können. Dazu gehören Therapeuten, aber auch Lehrer und/oder Erzieher Ihres Kindes. Es kann auch sein, dass Sie schon zu anderen Institutionen (Jugendamt, Gesundheitsamt) Kontakt hatten und ein Austausch von Informationen mit diesen wichtig ist. Vielleicht ist es auch notwendig, dass wir für Sie Kontakte zu anderen Therapeuten und Institutionen anbahnen. Wir bitten Sie deshalb, uns gegenüber diesen Personen und Institutionen von der ärztlichen Schweigepflicht zu befreien.

Bitte geben Sie unten die Personen/Institutionen an, mit denen wir uns über Ihr Kind austauschen dürfen. Sie helfen uns, wenn Sie genaue Angaben machen (z.B. Name des Kindergartens oder der Schule).

Selbstverständlich können Sie die einmal erteilte Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit widerrufen. Auch möchten wir darauf hinweisen, dass eine Vorstellung in unserem SPZ natürlich auch dann möglich ist, wenn Sie keinen Austausch mit anderen Personen und Institutionen wünschen.

Ihr Team vom SPZ –Solingen

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen und Befunde meines Kindes an folgende Personen/ Institutionen weitergegeben werden dürfen und von diesen Personen / Institutionen Informationen über mein Kind eingeholt werden dürfen. Ich entbinde das SPZ Solingen und die genannten Institutionen/Personen von der gegenseitigen Schweigepflicht.

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Datum: _____._____.20____

Unterschrift: _____