

## Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Patient:....., geb. am .....

wohnhaft in .....

Sorgeberechtigter 1: ....., geb. am .....

wohnhaft in .....

Sorgeberechtigter 1: ....., geb. am .....

wohnhaft in .....

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen und Therapeuten der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Luisenlinik anlässlich meiner Behandlung bzw. der Behandlung meines Kindes vom ..... bis ..... von ihrer Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass an die bzw. von den folgenden Stellen (Name und Ort angeben)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

zum Zweck der ..... folgende Auskünfte erteilt werden dürfen (zutreffendes bitte ankreuzen):

- uneingeschränkt über die o. g. Behandlung
- beschränkt auf die folgenden Daten bzw. Unterlagen (z.B. Entlassungsbericht)

- Ich erkläre mich auch damit einverstanden, dass die o. g. Mitarbeiter der Luisenlinik bei den o. g. Stellen Auskünfte über mich zu Zwecken meiner weiteren Behandlung in der Luisenlinik einholen dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift Sorgeberechtigter bzw. Patient<sup>2</sup>)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift Sorgeberechtigter bzw. Patient<sup>2</sup>)

<sup>1</sup> Nur ausfüllen, falls Patient noch nicht einwilligungsfähig ist

<sup>2</sup> Sobald der/die Jugendliche „einwilligungsfähig“ ist, ist die Einwilligung des Patienten anstelle des Sorgeberechtigten einzuholen.

D AErzte Ki-Ju Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht Ki-JuV2.0

