

AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG gemeinnützige GmbH

**Einverständnis zum Informationsaustausch / Entbindung von der Schweigepflicht
 (Das Ausfüllen ist freigestellt.)**

Patient*in:

 (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, ggf. Telefonnummer und E-Mail)

Als **Sorgeberechtigte** entbinden wir die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,-psychotherapie und -psychosomatik, AGAPLESION Diakonieklinikum Rotenburg, von der Schweigepflicht für den mündlichen bzw. schriftlichen Austausch von Informationen über Diagnostik und Behandlung, Erziehungshilfe oder Eingliederungsmaßnahmen und Fragen zur Bildung unseres Kindes gegenüber der unten stehenden Personen bzw. Institutionen.

Kinderarzt/-ärztin / Hausarzt/-ärztin

Person, Institution	Straße und Nr.	PLZ, Ort	Telefon
---------------------	----------------	----------	---------

Ärztin/Arzt oder Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Psychotherapeut*in

PLZ	Ort	Straße und Nr.	Mitarbeiter*in	Telefon
			<input type="checkbox"/> ggf. Vertretung	

Jugendamt

PLZ	Ort	Straße und Nr.	Mitarbeiter*in	Telefon
			<input type="checkbox"/> ggf. Vertretung	

Kindergarten bzw. Schule

PLZ	Ort	Straße und Nr.	Mitarbeiter*in	Telefon
			<input type="checkbox"/> ggf. Vertretung	

Andere:

PLZ	Ort	Straße und Nr.	Mitarbeiter*in	Telefon
			<input type="checkbox"/> ggf. Vertretung	

Andere:

PLZ	Ort	Straße und Nr.	Mitarbeiter*in	Telefon
			<input type="checkbox"/> ggf. Vertretung	

Liegt bei **gemeinsamem Sorgerecht** nur die Unterschrift eines Elternteils vor, so versichert der/die Unterzeichnende, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt und den/die Andere/n in Kenntnis setzt.



1. Sorgeberechtigte*r:

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, ggf. Telefonnummer und E-Mail)

2. Sorgeberechtigte*r:

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, ggf. Telefonnummer und E-Mail)

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Den Widerruf richte ich an:

AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Elise-Averdieck-Straße 17
27356 Rotenburg (Wümme)

Ort

Datum

Unterschrift/en