

Name, Vorname, Geburtsdatum Patient*in _____

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

nach Vorgaben des SGB V §73 Abs.1b¹, wird für eine effektive Behandlung angestrebt, einen möglichst reibungslosen Austausch zwischen den behandelnden Ärzt*innen sowie Institutionen wie Schulen und Kindergärten zu ermöglichen.

Als Sorgeberechtigte/r des oben genannten Kindes/Jugendlichen entbinde ich/entbinden wir die unten aufgeführte Ärzt*innen sowie Institutionen gegenüber den Mitarbeiter*innen der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz des Ambulanzentrums am Zentrum für Integrative Psychiatrie Kiel (ZIP-Kiel gGmbH) von der Schweigepflicht.

Schule: _____

Kindergarten: _____

Behandelnde/r Ärzt*in: _____

Amt für Familie und Soziales: _____

Sonstige: _____

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgebe/n und diese von mir/uns jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden kann.

Kiel, den _____

Unterschrift 1. Elternteil

Kiel, den _____

Unterschrift 2. Elternteil

Kiel, den _____

ggf. Unterschrift gesetzliche Vertretung

Hiermit versichere ich, dass ich allein sorgeberechtigt bin.

Kiel, den _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

¹ SGB V §73 Abs.1b: Die einen Versicherten behandelnden Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen; sie sind verpflichtet, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde mit dessen Zustimmung zum Zwecke der bei dem Hausarzt durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln. Der Hausarzt ist mit Zustimmung des Versicherten verpflichtet, die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an die den Versicherten behandelnden Leistungserbringer zu übermitteln. Bei einem Hausarztwechsel ist der bisherige Hausarzt mit Zustimmung des Versicherten verpflichtet, dem neuen Hausarzt die bei ihm über den Versicherten gespeicherten Unterlagen vollständig zu übermitteln