

Klinikum Stuttgart, Postfach 10 26 44, 70022 Stuttgart

Schweigepflichtsentbindung

Name, Vorname, Geburtsdatum Patient:in

Hiermit entbinde/n ich/wir Sorgeberechtigte:r

den/die Mitarbeiter:innen der folgenden Institution/en:

(Institution)

(Mitarbeiter:in)

(Institution)

(Mitarbeiter:in)

gegenüber

folgende/n Mitarbeiter:innen des SPZ:

(Mitarbeiter:in)

(Mitarbeiter:in)

wechselseitig von der Schweigepflicht, um den Informationsaustausch über notwendige und mögliche Hilfen zu ermöglichen. Die Entbindung von der Schweigepflicht berechtigt die oben bestimmten Mitarbeiter:innen nicht, die erhaltenen Informationen gegenüber weiteren Personen zu verwenden.

Diese Erklärung gilt für die Dauer der Behandlung im SPZ und dient dem/den folgenden Zweck/Zwecken:

- Austausch zu Entwicklungsstand, Verhalten und Lernen des o.g. Kindes/Jugendlichen
- Austausch zu Unterstützungsmöglichkeiten des o.g. Kindes/Jugendlichen inkl. Hilfsmitteln
- _____

Ich/ wir gebe(n) diese Einwilligung freiwillig ab. Auf mögliche Folgen der Verweigerung der Einwilligungserklärung wurde(n) ich/wir hingewiesen. Ich kann/wir können die Einwilligung jederzeit auch ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte:r

Klinikum Stuttgart - Olgahospital
Pädiatrie 1
Neuropädiatrie und Sozialpädiatrisches Zentrum

Dr. med. Andreas Oberle
Ärztlicher Direktor
Sozialpädiatrisches Zentrum

Kriegsbergstr. 62
D – 70174 Stuttgart
Zentrale 0711 / 278-04
Telefon 0711 / 278-72760
Telefax 0711 / 278-72429
spz@klinikum-stuttgart.de
www.klinikum-stuttgart.de

