

Entbindung von der Schweigepflicht

Elisabeth-Klinik

HIER Barcode
Patientenetikett
gerade einkleben!
Rahmen beachten!

Name Patient:in: _____

Geburtsdatum: _____

Aufnahme-ID: _____

Ich/wir entbinden hiermit die/den behandelnde/n Ärzt:in oder die/den fallführende/n Therapeut:in des LWL-Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Marl-Dortmund - Elisabeth-Klinik gegenüber den Einrichtungen wie in der Tabelle unten ausgeführt von der Schweigepflicht und sind mit einem Informationsaustausch einverstanden.

Ja			Nein	Einrichtung	Name der Einrichtung/ Ansprechpartner:in (bitte ausfüllen)
Von Einrichtung erhalten	An Einrichtung senden	Mündlicher Informations- austausch mit Einrichtung	Kein Austausch mit Einrichtung		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haus-/ Fachärzt:in:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Über-/einweisende Ärzt:in:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychotherapeut:in:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhaus:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gesundheitsamt:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beratungsstelle:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kindergarten:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeitsagentur:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jugendamt:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heimatschule:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schulsozialarbeit:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klinikschule:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Mir ist bekannt, dass die Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen werden kann.

Der **Abschlussbericht** darf zugesendet werden an:

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Sorgeberechtigte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haus-/Fachärzt:in | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Über- bzw. einweisende Ärzt:in | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Dortmund, den _____

(Name in Druckbuchstaben und Unterschrift Pat. über 14 J.)

Dortmund, den _____

(Name in Druckbuchstaben und Unterschrift Sorgeberechtigte)

Dortmund, den _____

(Name in Druckbuchstaben und Unterschrift Sorgeberechtigte)

- bei Unterschrift eines Elternteils wird das Einverständnis des anderen vorausgesetzt-