



Entbindung von der Schweigepflicht

Die Sorgeberechtigte bzw. der Sorgeberechtigte hat die Ärztinnen bzw. Ärzte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes des Gesundheitsamtes des Kreises Bergstraße im Rahmen des Antrages auf:

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber u. g. Institutionen entbunden und sein/ihr Einverständnis zur Übermittlung von Behandlungsdaten des u. g. Kindes erteilt.

Name	Vorname	Geburtsdatum
PLZ/Wohnort	Straße/Hausnummer	

Erklärung des/der o.g. betroffenen Hilfesuchenden oder seines/ihrer gesetzlichen Vertreters

Ich bin über den Zweck der (sozial)-medizinischen Stellungnahme / des Integrationsgutachtens / der Kostenübernahme oder Atteste / Gutachten (z. B. Schulsportbefreiung) und der darin vorgeschlagenen Maßnahmen unterrichtet und damit einverstanden, dass die Ärztinnen bzw. Ärzte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes des Gesundheitsamtes des Kreises Bergstraße mit den Vertretungen u. g. Institutionen Kontakt aufnehmen und willige in die Weitergabe der (sozial)-medizinischen Stellungnahme / Kostenübernahmen / Atteste an das/die

<input type="checkbox"/>	Schule:	
<input type="checkbox"/>	Kindergarten/Kita:	
<input type="checkbox"/>	Jugendamt des Kreises Bergstraße	
<input type="checkbox"/>	andere Institutionen / Ämter:	

ein.

Ich gestatte des Weiteren den Ärztinnen bzw. Ärzten des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes, Informationen, die für eine Entscheidung bezüglich des o. g. Auftrages notwendig sind, über mein o. g. Kind mit Ärztinnen bzw. Ärzten und Therapeutinnen bzw. Therapeuten auszutauschen und entbinde die u. g. Personen bzw. Vertretungen von u. g. Einrichtungen gegenüber den Ärztinnen bzw. Ärzten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes gegenseitig von der ärztlichen Schweigepflicht.

<input type="checkbox"/>	Schule:	
<input type="checkbox"/>	Kindergarten/Kita:	
<input type="checkbox"/>	Jugendamt des Kreises Bergstraße	
<input type="checkbox"/>	andere Institutionen/Ämter:	
<input type="checkbox"/>	Kinderärztin bzw. Kinderarzt:	
<input type="checkbox"/>	SPZ:	
<input type="checkbox"/>	Vitos-Ambulanz Heppenheim	
<input type="checkbox"/>	Therapeutin bzw. Therapeut (z.B. Logopädie / Ergotherapie):	
<input type="checkbox"/>	andere relevante Institutionen / Ämter:	

(bitte Zutreffendes ankreuzen und Namen handschriftlich eintragen)

Mir ist bekannt, dass die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgegeben wird und für die Zukunft jederzeit widerrufen werden kann. Die Schweigepflichtentbindung ermöglicht eine bessere Beurteilung des Sachverhaltes sowie eine bessere individuelle Beratung.

X

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte

Unterschrift Sorgeberechtigter

Sozialdaten

Die in dieser Stellungnahme enthaltenen ärztlichen, psychologischen, heilpädagogischen und sozialpädagogischen Angaben sind besonders schutzwürdige personenbezogene Angaben, auf die sowohl die Bestimmungen über Verletzungen und Privatgeheimnissen (§ 230, Abs. 1, und 3 StGB) als auch des § 76 SGB X zutreffen. Soweit der Betroffene oder sein gesetzlicher Vertreter in Kenntnis des Zwecks und in Kenntnis seines Widerspruchsrechts dem nicht widerspricht, darf der besonders schutzwürdige Inhalt von den für die Hilfeentscheidung zuständigen Trägern der Sozialhilfe oder der Jugendhilfe, den Fachdiensten, den Facheinrichtungen, von denen die Hilfe geleistet werden soll, mitgeteilt werden (§ 69 (1) Nr. 1 SGB X). Jede Offenbarung oder Weitergabe ist nur dann erlaubt, wenn der Betroffene oder sein gesetzlicher Vertreter schriftlich eingewilligt hat und ausdrücklich auf sein in § 76, Abs. 2, SGB X geregeltes Widerspruchsrecht hingewiesen worden ist.