Kinderärztinnen in der Mersch
Merschstraße 22 · 44534 Lünen · Telefon 02306 55959



Schweigepflichtentbindung

Für den Austausch mit mitbehandelnden Ärzten und Therapeuten

Name der Patientin / des Patienten bzw. des Kindes

Ich entbinde die behandelnden Ärztinnen und Mitarbeitenden der **Gemeinschaftspraxis Kinderärztinnen in der Mersch** sowie die mir bekannten, an der aktuellen Behandlung tatsächlich beteiligten Ärzte und Therapeuten gegenseitig von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abstimmung und weitere Behandlung der oben genannten Person erforderlich ist.

Die Einwilligung umfasst den Austausch behandlungsrelevanter Diagnosen, Befunde, Arzt- und Therapieberichte sowie Angaben zu Medikamenten und zum Behandlungsverlauf. Sie gilt ausschließlich für den genannten Behandlungszweck und die hierfür erforderlichen Informationen, nicht für eine pauschale Weitergabe der gesamten Patientenakte. Andere Empfänger, insbesondere Schulen, Kindertagesstätten, Versicherungen oder Behörden, sind nicht umfasst.

Ich willige ausdrücklich in diesen Austausch von Gesundheitsdaten ein (Art. 6 Abs. 1 Buchst. a und Art. 9 Abs. 2 Buchst. a DSGVO; § 203 StGB). Die Erklärung gilt ab Unterzeichnung für die Dauer der aktuellen Behandlung und endet mit deren Abschluss. Die Einwilligung ist freiwillig. Eine Ablehnung hat keine Nachteile für die Behandlung in der Praxis; der gewünschte Austausch kann dann jedoch unterbleiben.

Ich kann die Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise ohne Begründung für die Zukunft widerrufen, auch mündlich bei der Praxis, telefonisch unter **02306 55959** oder per Post an die oben genannte Anschrift. Bereits rechtmäßig erfolgte Weitergaben bleiben davon unberührt.

Bei einwilligungsfähigen Minderjährigen unterschreibt die Patientin oder der Patient selbst. Anderenfalls unterschreiben die Sorgeberechtigten; bei gemeinsamer Sorge beide im selben Unterschriftsfeld oder eine hierzu nachweislich bevollmächtigte Person. Die Praxis prüft Einwilligungsfähigkeit und Vertretungsbefugnis und dokumentiert das Eingangsdatum.

Unterschrift

Bitte ausdrucken, unterschreiben und in der Praxis abgeben.