

Einverständniserklärung/Schweigepflichtsentbindung

Betreffendes Kind

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Patientenetikett:

Für das o.g. Kind erteile ich/erteilen wir die Genehmigung zur Kontaktaufnahme, dem gegenseitigen Austausch sowie der Anforderung und Übersendung von Berichten/Untersuchungsbefunden mit/von/an die im folgenden genannten Stellen. Diese Dokumente enthalten sowohl persönliche Daten als auch Daten die Gesundheit des Kindes betreffend. Sofern die jeweils involvierten Personen einer beruflichen Schweigepflicht im Sinne des § 203 StGB unterliegen, entbinde ich/entbinden wir sie damit auch von dieser Pflicht.

Andere/n medizinische Einrichtungen

Arzt/Ärztin: ja nein

Name und Anschrift:

Psychotherapeut/in: ja nein

Name und Anschrift:

**Kinder- und Jugend
psychiatrischer Dienst:** ja nein

Region/Standort/Kontaktperson:

DRK Kliniken Berlin Westend ja nein

Name, Abteilung, ggf. Kontaktperson:

Jugendamt/ EFB: ja nein
Bezirk/Region, Ansprechperson:

Jugendhilfe: ja nein
Bezirk/Region, Ansprechperson:

**Kindertagesstätte/Kindergarten/
Tagespflegestelle:** ja nein
Name, Anschrift, Kontakt:

Heimatschule: ja nein
Name der Schule, Kontaktperson:

Klinikschule (Comeniuschule): ja nein

Schulamt/Schulaufsicht: ja nein
Bezirk/Region, Ansprechperson:

**SIBUZ (Schulpsychologische und
Inklusionspädagogische Beratungs-
und Unterstützungszentren)** ja nein
Bezirk/Region, Ansprechperson:

Arbeit | Ausbildung | Praktikum: ja nein
Name, Anschrift, Kontakt:

**Fahrdienstleister (v.a. für die
Behandlung in der Tagesklinik)** ja nein

Angehörige ja nein
Name, Anschrift, Kontakt:

Sonstige Stellen/Personen: ja nein
Name, Anschrift, Kontakt:

Diese Einverständniserklärung/Schweigepflichtentbindung gilt gegenüber allen, innerhalb der DRK Kliniken Berlin Westend (Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik) in die Behandlung und Pflege involvierten Mitarbeitern. Sie dient der Sicherstellung einer umfassenden Behandlung und interdisziplinären Zusammenarbeit im Interesse des Kindes und der Familie. Die Kontaktaufnahme seitens der DRK Kliniken Berlin Westend erfolgt je nach Bedarf und nur bei vorliegender Zustimmung in dem jeweils erforderlichen Umfang.

Ihre oben erklärten Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungen sind freiwillig.

Rechtsgrundlage für die erteilten Einwilligungen sind Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 9 Abs. 1 lit. a der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Diese Einverständniserklärung/Schweigepflichtentbindung gilt längstens für die Dauer der (teil-) stationären und/oder ambulanten Behandlung des oben genannten Kindes.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, jede einzelne oder alle ihrer obigen Einwilligungen/Schweigepflichtentbindungen ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle eines Widerrufs findet keine weiterer Datenaustausch mit der jeweiligen Stelle statt. Wenn Sie eine oder mehrere Ihrer obigen Einwilligungserklärungen/Schweigepflichtentbindungen widerrufen möchten, können Sie dies jederzeit gegenüber den DRK Kliniken Berlin Westend (Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik) tun. Ihre Widerrufserklärung gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem diese zugeht. Die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung bis zu diesem Zeitpunkt bleibt von dem Widerruf unberührt. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und ihren diesbezüglichen Rechten entnehmen Sie bitte den beigefügten Datenschutzhinweisen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertreter/s