

1. Patienten-Daten

Vorname _____ Nachname _____

Geburtstag _____ Alter _____ Volljährig: ☐ Ja ☐ Nein

Das Sorgerecht liegt

- ☐ bei beiden Elternteilen
- ☐ nur bei der Mutter
- ☐ nur beim Vater
- ☐ Sonstige _____

2. Name und Anschrift des behandelnden Arztes

Dr. med Maike Gwinner

Fachärztin für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und Psychotherapie

AMEOS KJPP Praxis im Poliklinikum Inntal

Maximilianstraße 6

84359 Simbach am Inn

3. Datenumfang und Zweck

Grundsätzlich betrifft diese Entbindung von der Schweigepflicht alle Daten und Informationen die in der Praxis generiert werden. Untersuchungsergebnisse, verschriebene Medikamente und Diagnosen. Inhalte aus psychotherapeutischen Sitzungen² (Sitzungsinhalte) werden grundsätzlich sensibel behandelt und gewonnene Informationen nur stark verallgemeinert weitergegeben – es sei denn es besteht Gefahr für Leib und Seele.

Erstellt am-/durch: A. Mitt.	Geprüft am-/durch:	Freigegeben am-/durch:	Revision am-/durch:
3.08.22/UTA			
Speicherpfad:			

4. Institutionen und Personen an die Daten weitergegeben werden dürfen		
<p>Bitte bei den Personen und Institutionen jene Daten und Informationen ankreuzen die weitergegeben werden dürfen. Bitte auch unbedingt die Kontaktinformationen vollständig ausfüllen. (Nur wenn eine Schweigepflichtsentbinung erlaubt wird)</p>		
<p>Der Vater¹ darf folgende Daten und Informationen erhalten: <input type="checkbox"/> Untersuchungsergebnisse <input type="checkbox"/> Diagnosen <input type="checkbox"/> Sitzungsinhalte² <input type="checkbox"/> Medikamente</p>		
Name	Anschrift	Telefon
<p>Die Mutter¹ darf folgende Daten und Informationen erhalten: <input type="checkbox"/> Untersuchungsergebnisse <input type="checkbox"/> Diagnosen <input type="checkbox"/> Sitzungsinhalte² <input type="checkbox"/> Medikamente</p>		
Name	Anschrift	Telefon
<p>Der Hausarzt darf folgende Daten und Informationen erhalten: <input type="checkbox"/> Untersuchungsergebnisse <input type="checkbox"/> Diagnosen <input type="checkbox"/> Sitzungsinhalte² <input type="checkbox"/> Medikamente</p>		
Name	Anschrift	Telefon
<p>Der Kinderarzt darf folgende Daten und Informationen erhalten: <input type="checkbox"/> Untersuchungsergebnisse <input type="checkbox"/> Diagnosen <input type="checkbox"/> Sitzungsinhalte² <input type="checkbox"/> Medikamente</p>		
Name	Anschrift	Telefon
<p>Das Sozialamt/Das Jugendamt darf folgende Daten und Informationen erhalten: <input type="checkbox"/> Untersuchungsergebnisse <input type="checkbox"/> Diagnosen <input type="checkbox"/> Sitzungsinhalte² <input type="checkbox"/> Medikamente</p>		
Name	Anschrift	Telefon
<p>Das SPZ darf folgende Daten und Informationen erhalten: <input type="checkbox"/> Untersuchungsergebnisse <input type="checkbox"/> Diagnosen <input type="checkbox"/> Sitzungsinhalte² <input type="checkbox"/> Medikamente</p>		
Name	Anschrift	Telefon

	<h1 style="text-align: center;">Schweigepflicht-Entbindung</h1>	
	AMEOS Poliklinikum Inntal – KJPP Praxis	Seite 3 von 4

Niedergelassene ärztlicher Kollege darf folgende Daten und Informationen erhalten: <input type="checkbox"/> Untersuchungsergebnisse <input type="checkbox"/> Diagnosen <input type="checkbox"/> Sitzungsinhalte ² <input type="checkbox"/> Medikamente		
Name	Anschrift	Telefon
Niedergelassene ärztlicher Kollege darf folgende Daten und Informationen erhalten: <input type="checkbox"/> Untersuchungsergebnisse <input type="checkbox"/> Diagnosen <input type="checkbox"/> Sitzungsinhalte ² <input type="checkbox"/> Medikamente		
Name	Anschrift	Telefon
Lehrer/Erzieher darf folgende Daten und Informationen erhalten: <input type="checkbox"/> Untersuchungsergebnisse <input type="checkbox"/> Diagnosen <input type="checkbox"/> Sitzungsinhalte ² <input type="checkbox"/> Medikamente		
Name	Anschrift	Telefon
Lehrer/Erzieher darf folgende Daten und Informationen erhalten: <input type="checkbox"/> Untersuchungsergebnisse <input type="checkbox"/> Diagnosen <input type="checkbox"/> Sitzungsinhalte ² <input type="checkbox"/> Medikamente		
Name	Anschrift	Telefon
Der Ergotherapeut darf folgende Daten und Informationen erhalten: <input type="checkbox"/> Untersuchungsergebnisse <input type="checkbox"/> Diagnosen <input type="checkbox"/> Sitzungsinhalte ² <input type="checkbox"/> Medikamente		
Name	Anschrift	Telefon
Der Logopäde darf folgende Daten und Informationen erhalten: <input type="checkbox"/> Untersuchungsergebnisse <input type="checkbox"/> Diagnosen <input type="checkbox"/> Sitzungsinhalte ² <input type="checkbox"/> Medikamente		
Name	Anschrift	Telefon
Das Krankenhaus darf folgende Daten und Informationen erhalten: <input type="checkbox"/> Untersuchungsergebnisse <input type="checkbox"/> Diagnosen <input type="checkbox"/> Sitzungsinhalte ² <input type="checkbox"/> Medikamente		
Name	Anschrift	Telefon
_____ darf folgende Daten und Informationen erhalten: <input type="checkbox"/> Untersuchungsergebnisse <input type="checkbox"/> Diagnosen <input type="checkbox"/> Sitzungsinhalte ² <input type="checkbox"/> Medikamente		
Name	Anschrift	Telefon

Erstellt am-/durch: A. Mitt.	Geprüft am-/durch:	Freigegeben am-/durch:	Revision am-/durch:
3.08.22/UTA			
Speicherpfad:			

	<h1>Schweigepflicht-Entbindung</h1>	
	AMEOS Poliklinikum Inntal – KJPP Praxis	Seite 4 von 4

5. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit erklären wir uns/erkläre ich mich einverstanden, dass Dr. med Maike Gwinner und alle Mitarbeitenden der in Punkt 2 angegebenen Praxis an die oben angeführten Personen/Institutionen all die Daten, Informationen und Unterlagen die markiert wurden weitergeben dürfen:

Ort / Datum Unterschrift(en) **ALLER** Erziehungsberechtigten **oder** Patient(in) ab 18 Jahren

Ort / Datum Unterschrift des einwilligungsfähigen Jugendlichen¹ (ab ca. 14 Jahren)

! Sollte das Sorgerecht bei mehreren Personen oder Institutionen liegen, ist es zwingend erforderlich, dass alle Berechtigten ihr Einverständnis durch Unterschrift geben.

! Die Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

¹ Wird ein einwilligungsfähiger Minderjähriger behandelt, unterliegen der behandelnde Arzt und alle Mitarbeitenden der **Schweigepflicht** auch gegenüber den Eltern. Informationen dürfen nur dann an die Eltern weitergegeben werden, wenn der Minderjährige zustimmt. Im Regelfall sind Minderjährige ab 14 Jahren einwilligungsfähig.

Erstellt am-/durch: A. Mitt.	Geprüft am-/durch:	Freigegeben am-/durch:	Revision am-/durch:
3.08.22/UTA			
Speicherpfad:			