

Schweigepflicht-Entbindung

Hiermit erklären wir uns einverstanden, dass das AMEOS Poliklinikum Inntal mit folgenden Personen/Institutionen Kontakt aufnehmen und/oder Unterlagen austauschen darf, sowie dass die angekreuzten Partner damit gegenseitig von der Schweigepflicht entbunden sind. Gleichzeitig bitten wir darum, allen angekreuzten Einrichtungen, Kollegen, Therapeuten etc. diese Schweigepflicht-Entbindung in Kopie vor zu legen und zu überlassen, damit die Kontaktaufnahme zügig erfolgen kann.

<input type="checkbox"/>	Vater bzw. Mutter	
<input type="checkbox"/>	Haus- oder Kinderärzte	
<input type="checkbox"/>	Sozial-/Jugendamt	
<input type="checkbox"/>	Sozialpädiatrisches Zentrum	
<input type="checkbox"/>	Niedergelassene Kollegen	
<input type="checkbox"/>	Lehrer, Erzieher	
<input type="checkbox"/>	Ergotherapeuten, Logopäden	
<input type="checkbox"/>	Krankenhaus	
<input type="checkbox"/>	Sonstige	

Dies betrifft den Patienten/die Patientin _____ Geburtsdatum _____

Das Sorgerecht liegt bei beiden Elternteilen
 nur bei der Mutter
 nur beim Vater
 Sonstige _____

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

Ort / Datum Unterschrift des Jugendlichen (ab 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.

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