

	<h1>Schweigepflicht-Entbindung</h1>	
	AMEOS Poliklinikum Inntal – KJPP Praxis	Seite 1 von 4

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 Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

AMEOS KJPP Praxis im Poliklinikum Inntal

Jakob-Weindler-Straße 4

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 sowie 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:	Geprüft am/-durch:	Freigegeben am/-durch:	Revision am/-durch:
08.08.22/UTA	14.1.23/NUB	14.1.23/NUB	03.02.25/KUR
Speicherpfad: G:\Vorlagen\KJPP\KJPP_SchweigepflichtEntbindung.docx			

4. Institutionen und Personen, an die Daten weitergegeben werden dürfen

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 Schweigepflichtentbindung erlaubt wird.)

Der Vater¹ darf folgende Daten und Informationen erhalten:

☐ Untersuchungsergebnisse ☐ Diagnosen ☐ Sitzungsinhalte² ☐ Medikamente

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

Die Mutter¹ darf folgende Daten und Informationen erhalten:

☐ Untersuchungsergebnisse ☐ Diagnosen ☐ Sitzungsinhalte² ☐ Medikamente

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

Der Hausarzt darf folgende Daten und Informationen erhalten:

☐ Untersuchungsergebnisse ☐ Diagnosen ☐ Sitzungsinhalte² ☐ Medikamente

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

Der Kinderarzt darf folgende Daten und Informationen erhalten:

☐ Untersuchungsergebnisse ☐ Diagnosen ☐ Sitzungsinhalte² ☐ Medikamente

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

Das Sozialamt / Das Jugendamt darf folgende Daten und Informationen erhalten:

☐ Untersuchungsergebnisse ☐ Diagnosen ☐ Sitzungsinhalte² ☐ Medikamente

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

Das SPZ darf folgende Daten und Informationen erhalten:

☐ Untersuchungsergebnisse ☐ Diagnosen ☐ Sitzungsinhalte² ☐ Medikamente

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

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

Niedergelassener 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
Niedergelassener 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:	Geprüft am/-durch:	Freigegeben am/-durch:	Revision am/-durch:
08.08.22/UTA	14.1.23/NUB	14.1.23/NUB	03.02.25/KUR
Speicherpfad: G:\Vorlagen\KJPP\KJPP_SchweigepflichtEntbindung.docx			

