



Schweigepflichtentbindungserklärung

Kinderarztpraxis Dr. med. Nina Brockhaus und Sabine Backendorf

Name des Kindes: _____ **Geburtsdatum:** _____

Adresse: _____

Name der Sorgeberechtigten Person(en): _____

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärztinnen der oben genannten Kinderarztpraxis, sowie alle anderen bisher behandelnden Ärztinnen und Ärzte, Kliniken, Krankenhäuser und sonstigen medizinischen Einrichtungen von ihrer ärztlichen Schweigepflicht, soweit es zum Austausch von medizinisch relevanten Informationen für die bestmögliche Behandlung meines Kindes erforderlich ist.

Diese Entbindung der Schweigepflicht gilt wechselseitig. Das bedeutet, dass sowohl die Ärztinnen der oben genannten Kinderarztpraxis Informationen von den vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten, sowie sonstigen medizinischen Einrichtungen einholen dürfen, als auch die vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte und sonstigen medizinischen Einrichtungen befugt sind, Informationen mit der oben genannten Kinderarztpraxis auszutauschen.

Die Entbindung der Schweigepflicht bezieht sich insbesondere auf:

- Krankheitsverläufe, Diagnosen und Befunde
- Behandlungen und Therapieempfehlungen
- Entlassungsberichte und Arztbriefe
- Röntgen- und Laborbefunde

Diese Entbindung gilt bis zum Widerruf, jedoch längstens bis zur Beendigung der Behandlung in der oben genannten Kinderarztpraxis.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ebenfalls, dass ich im Namen und mit dem Einverständnis aller sorgeberechtigten Personen handle.

Ort, Datum und Unterschrift der sorgeberechtigten Person