



Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde/n ich/wir,

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters

Anschrift

als gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter von

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

die MitarbeiterInnen des spezialisierten ambulanten Palliativteams für Kinder und Jugendliche Niederbayern von der Schweigepflicht entsprechend § 203 Strafgesetzbuch (StGB)

gegenüber

Table with 2 columns: Institution, Name, Anschrift der Institution



und umgekehrt für folgenden Zweck:

Austausch zur Optimierung von Diagnose und Therapie.

Das spezialisierte ambulante Palliativteam für Kinder und Jugendliche Niederbayern und seine MitarbeiterInnen sichern zu, dass die Daten streng vertraulich behandelt werden.

Mir/ Uns ist bekannt, dass ich/ wir diese freiwillige Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/ können.

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r Betreuer/in Unterschrift Jugendliche/r (ab 14 Jahren)