

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG (SVE)

Psychiatriezentrum für Kinder und Jugendliche
Yücel Polat – Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Sozialpsychiatrie
Leopoldstr. 10, 44147 Dortmund, Tel: 0231 13727985, Fax: 0231 13727986
Virchowstr. 120, 45886 Gelsenkirchen, Tel: 0209 172 2054, Fax: 0209 172 2053

Name, Geburtsdatum und Adresse des*der Patient*in:

INFO:

DIE SCHWEIGEPFLICHT IST EIN WICHTIGER BESTANDTEIL DER ARBEIT IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE (KJPP). WIR SIND VERPFLICHTET, DIE INFORMATIONEN, DIE WIR VON UNSEREN PATIENTEN UND PATIENTINNEN ERHALTEN HABEN, VERTRAULICH ZU BEHADELN UND DÜRFEN DIESE NUR MIT AUSDRÜCKLICHER ZUSTIMMUNG DER SORGBERECHTIGTEN UND/ODER DES PATIENTEN/ DER PATIENTIN AN DRITTE WEITERGEBEN. MIT IHREN UNTERSCHRIFTEN ENTBINDEN SIE UNS VON DER SCHWEIGEPFLICHT UND ERLAUBEN SIE UNS DIESE INFORMATIONEN PER TELEFON, FAX, E-MAIL ODER POST WEITZUGEBEN UND/ODER ZU ERHALTEN. DIESE ERKLÄRUNG DARF JEDERZEIT OHNE ANGABEN DER GRÜNDE WIDERRUFT WERDEN. ES BEDARF EINE SCHRIFTLICHE WIDERRUFSERKLÄRUNG. BEI WEITEREN FRAGEN WENDEN SIE SICH AN PRAXISTEAM, BEVOR SIE DIESES FORMULAR UNTERSCHRIEBEN HABEN.



Hiermit entbinde(n) ich / wir Herrn Yücel Polat und seine Mitarbeiter gegenseitig von der Schweigepflicht zu folgenden Institutionen.

- KiTa /Vorschuleinrichtung /Tagesmutter:
- Grundschule / Hauptschule / Realschule / Gesamtschule / Sekundärschule / Gymnasium / Förderschule / Berufsschule / Berufskolleg:
- Jugendamt/ Jugendhilfe (ambulant/stationär) / Wohngruppe:
- Kinderärzte / Hausärzte / behandelnde Ärzte:
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten / Psychotherapeuten:
- Praxen für Ergotherapie / Logopädie / Physiotherapie / Motopädie:
- Tageskliniken / Krankenhäuser:
- Sonstige Personen

Datum, Ort:

Name und Unterschrift der Sorgeberechtigten:

Name und Unterschrift des Patienten: