

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Gesetzlich Bevollmächtigte:

| | | | |
|---------------|-------|---------------|-------|
| Name: | _____ | Name: | _____ |
| Vorname: | _____ | Vorname: | _____ |
| Geburtsdatum: | _____ | Geburtsdatum: | _____ |
| Anschrift: | _____ | Anschrift: | _____ |
| | _____ | | _____ |

Wir entbinden hiermit:

Die Ärzte/den Arzt/die Ärztin: _____
Adresse: _____
Telefon: _____
Email: _____
Fax: _____

von der ärztlichen Schweigepflicht bzgl. der Behandlung unseres Kindes/Pflegekindes:

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Diese Entbindung gilt gegenüber der folgenden Schule:

Name der Schule: _____
Adresse: _____
Telefon: _____
Email: _____
Fax: _____

Träger dieser Schule ist der Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Schulen und Integration, Kennedy-Ufer 2, 50669 Köln (schulen-integration@lvr.de)

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass die Mitarbeiter/-innen der o.g. Schule die pädagogischen, psychologischen, medizinischen und therapeutischen Berichte und Unterlagen zur Verfügung gestellt bekommen oder Einsicht nehmen können, soweit die darin enthaltenen Informationen zum Gesundheitszustand sowie zum Betreuungs- und Unterstützungsbedarf meines / unseres Kindes erforderlich sind, um die Teilnahme unseres Kindes am Schulalltag zu gewährleisten. Dies ist etwa der Fall, wenn während des Unterrichts eine Komplikation auftritt, die umgehendes Handeln wie eine Medikamentengabe oder therapeutisches oder ärztliches Eingreifen erfordert.

Die Informationen werden ausschließlich zu den zuvor genannten Zwecken genutzt und werden darüber hinaus ohne mein/unser ausdrückliches Einverständnis Dritten nicht zugänglich gemacht.

Diese Schweigepflichtenentbindung kann jederzeit komplett oder teilweise widerrufen werden.

Es wird bestätigt, dass wir/ich ausführlich über den Sinn und Zweck dieser Erklärung und über die Folge der Nichtabgabe beraten worden sind/bin.

Ort, Datum

1. Unterschrift

2. Unterschrift