

EvKB gGmbH | Kinder- und Jugendmedizin  
Grenzweg 3 | D-33617 Bielefeld

## Schweigepflichtsentbindung

### Entbindung von der Schweigepflicht

(Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name(n) der Sorgeberechtigten:

---

---

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass sich die Mitarbeiter\*innen des Sozialpädiatrischen Zentrums des "Evangelischen Klinikums Bethel" bezüglich

\_\_\_\_\_ , geboren am \_\_\_\_\_  
(Name des Kindes) (Geburtsdatum)

mit folgenden Institutionen und Personen (siehe Rückseite) zur Übergabe von Befunden und zur Abstimmung der weiteren Förderung und Behandlung beraten und Auskunft erteilen:

**Universitätsklinik für  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin**  
Univ.-Prof. Dr. med. Eckard Hamelmann  
Direktor der Klinik  
Ärztlicher Direktor Kinderzentrum

Kinderzentrum  
Grenzweg 10  
33617 Bielefeld

**Sozialpädiatrisches Zentrum**  
Dr. med Kristina Albers  
Leitende Ärztin  
Grenzweg 3  
33617 Bielefeld

Telefon 0521 772-78181  
Telefax 0521 772-78182  
E-Mail spz@evkb.de  
Internet evkb.de/spz

---

Evangelisches Klinikum Bethel gGmbH  
Sitz der Gesellschaft  
Kantensiek 11 | 33617 Bielefeld  
Amtsgericht Bielefeld | HRB 30169

Geschäftsführung  
Thorsten Kaatze (Vorsitz)  
Dr. Matthias Ernst  
Vorsitzender des Aufsichtsrates  
Dr. Rainer Norden

Sparkasse Bielefeld  
IBAN DE69 4805 0161 0006 4296 58  
BIC SPBIDE33XXX

Name der Institution / Name der Person      Telefonnummer


Ich entbinde die Mitarbeiter\*innen des Sozialpädiatrischen Zentrums sowie die o. g. Institutionen und Personen von ihrer gegenseitigen Schweigepflicht und bin mit einem wechselseitigen Austausch einverstanden.

Für **getrennlebende** Sorgeberechtigte:

Ich bestätige, dass der andere sorgeberechtigte Elternteil mit dieser Entbindung von der Schweigepflicht einverstanden ist.

Ich wurde / wir wurden darüber informiert, dass ich / wir die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit zukünftiger Wirkung in Teilen oder in Gänze widerrufen kann / können.

\_\_\_\_\_  
(Ort/Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift/-en der/des Sorgeberechtigten)