

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)