

Schweigepflicht-entbindung

Formular zu OA Datenschutz



Gültig für: Geschäftsbereich Herzogsägmühle (Diakonie Herzogsägmühle gGmbH, i+s Pfaffenwinkel, BiLL, Kinderhilfe Oberland); IMM-Geschäftsbereich München, diakonia, EHW, HiA. Nicht gültig für: HWS

Beratung und Hilfe sind nur möglich, wenn ein Vertrauensverhältnis zwischen allen Beteiligten besteht. Der Gesetzgeber hat den Schutz für Ihr Privatleben verstärkt, indem er die Verletzung der Pflicht zur Verschwiegenheit bei Ärzten, Diplompsychologen, Sozialpädagoginnen und deren Mitarbeitenden unter Strafe gestellt hat (§ 203 Strafgesetzbuch).

Der Geschäftsbereich Herzogsägmühle hält es für unbedingt notwendig, dass (Sozial-)Pädagogen, Psychologinnen, Ärzte und Therapeuten innerhalb der rechtlichen Vorgaben vertrauensvoll zusammenarbeiten, um Ihnen umfassend helfen zu können. Diese Berufsgruppen müssen sich untereinander über erhobene Befunde und Informationen intern und extern austauschen und beraten können.

Hiermit entbinde ich¹

Vorname Name	
Geburtsdatum	
Adresse	
vertreten durch (nur auszufüllen, wenn zutreffend)	Vorname Name
<input type="checkbox"/> Betreuer/-in	
<input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte ¹	

die intern am Hilfe-/ Beratungsprozess beteiligten Person(en)²

Person (Vorname, Name) Institution (Funktion, Kontaktdaten)

für

Themen³

gegenüber nachstehenden externen Personen / Institutionen

Person (Vorname Name) / Institution (Funktion, Kontaktdaten)

für

Themen

¹ Bei zu Betreuenden im Alter zwischen 16 und 18 Jahren muss diese Schweigepflichtentbindung zusätzlich von allen Sorgeberechtigten erklärt werden. Im Alter unter 16 Jahren nur von allen Sorgeberechtigten.

² Mitarbeitende der jeweiligen Einrichtung (inkl. Vertretung) und ggf. Mitarbeitende von kooperierenden Einrichtungen der Inneren Mission München. Mitarbeitende einer Einrichtung müssen nicht gegenseitig von der Schweigepflicht entbunden werden, wenn diese an der Betreuung mitwirken und der Informationsaustausch dafür notwendig ist.

³ Unterschiedliche Themen/Problemlagen genau benennen; keine pauschale Schweigepflichtentbindung.

Schweigepflicht- entbindung

Formular zu OA Datenschutz



von seiner/ ihrer meine Daten betreffenden Verschwiegenheitspflicht (und gegenseitig).

Die oben genannten Personen dürfen Informationen, die sie im Rahmen meiner Betreuung zu den genannten Themen erhalten haben und die zu meiner weiteren Betreuung wichtig sind, an die unten genannten Personen oder Institutionen weitergeben und umgekehrt.

Diese Schweigepflichtentbindung endet mit Beendigung der Betreuung. Ich kann sie schriftlich jederzeit widerrufen. Ich wurde darüber informiert, dass für den Fall des Widerrufs dieser Schweigepflichtentbindung unter Umständen meine Betreuung nur noch eingeschränkt weitergeführt werden kann.

Ich bin unterrichtet über die gesetzliche Schweigepflicht, der Ärzte, Diplompsychologen und staatlich anerkannte Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und deren Mitarbeitende nach StGB unterliegen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Mitarbeitenden des Geschäftsbereichs Herzogsägmühle meine Mitteilungen und andere personenbezogene Daten intern austauschen und weitergeben können, soweit dies im Interesse der Hilfe für mich unbedingt erforderlich ist.

Ort, Datum, Unterschrift **Klient/ in**

Ort, Datum, Unterschrift **Betreuer/ in**

Ort, Datum, Unterschrift **Sorgeberechtigte/ r**

erstellt am: 16.08.2019	geändert am: 11.12.2019	freigegeben am: 11.12.2019	Version: 2
erstellt von: Christian Güttner Dr. Michael Frieß	geändert von:	freigegeben von: Hans Rock	Seite 2 von 2