



## KREIS BERGSTRASSE DER KREISAUSSCHUSS

### Gegenseitige Entbindung von der Schweigepflicht

Die Sorgeberechtigte/der Sorgeberechtigte hat, die Ärztinnen/Ärzte des kinder- und jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes des Kreises Bergstraße im Rahmen des Antrages auf:  
von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber u. g. Institutionen entbunden und sein/ihr Einverständnis zur Übermittlung von Behandlungsdaten des u. g. Kindes erteilt.

Name	Vorname	Geburtsdatum
PLZ/Wohnort	Straße/Hausnummer	

### Erklärung des o.g. betroffenen Hilfesuchenden oder seines gesetzlichen Vertreters

**Ich bin über den Zweck der sozialmedizinischen Stellungnahme/ das Integrationsgutachten/ der Kostenübernahme und Atteste (z. B. Schulsportbefreiung) und der darin vorgeschlagenen Maßnahmen unterrichtet und damit einverstanden, dass die Ärztin/der Arzt des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes des Kreises Bergstraße mit den u. g. Institutionen Kontakt aufnimmt und willige in die Weitergabe der sozialmedizinischen Stellungnahme/Kostenübernahmen und Atteste an das/die**

- Jugendamt des Kreises Bergstraße  
 Einrichtung, Schule, Kita: \_\_\_\_\_  
 andere Institutionen/Ämter: \_\_\_\_\_

ein.

**Ich gestatte des Weiteren den Ärztinnen/Ärzten des Kreisgesundheitsamts Heppenheim Informationen, die für eine Entscheidung bezüglich des o. g. Auftrages notwendig sind, über mein o. G. Kind mit Ärzten/innen und Therapeuten/innen z. B. Kinderarzt, Institutsambulanz oder dem sozial-pädiatrischen Zentrum auszutauschen und entbinde die u. g. Ärzte/innen oder Therapeuten/innen gegenseitig von der ärztlichen Schweigepflicht.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ärztin/Arzt, Therapeutin/Therapeut, SPZ etc. (bitte handschriftlich eintragen)

Bankverbindungen:  
Sparkasse Starkenburg  
Sparkasse Bensheim  
Volksbank Südhessen-Darmstadt eG  
Sparkasse Worms-Alzey-Ried  
Postbank Frankfurt

IBAN: DE31 5095 1469 0000 0301 66 BIC: HELADEF1HEP  
IBAN: DE46 5095 0068 0001 0258 65 BIC: HELADEF1BEN  
IBAN: DE16 5089 0000 0010 1109 04 BIC: GENODEF1VBD  
IBAN: DE32 5535 0010 0003 1600 09 BIC: MALADE51WOR  
IBAN: DE94 5001 0060 0006 9496 06 BIC: PBNKDEFF



Metropolregion  
Frankfurt/Rhein-Main



Metropolregion  
Rhein-Neckar

**Mir ist bekannt, dass die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgegeben wird und für die Zukunft jederzeit widerrufen werden kann. Sollte die Schweigepflichtentbindung nicht abgegeben werden, erschwert dies die Beurteilung des Sachverhaltes und schränkt die individuelle Beratung ein.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte

**Sozialdaten**

Die in dieser Stellungnahme enthaltenen ärztlichen, psychologischen, heilpädagogischen und sozialpädagogischen Angaben sind besonders schutzwürdige personenbezogene Angaben, auf die sowohl die Bestimmungen über Verletzungen und Privatgeheimnissen (§ 230, Abs. 1, und 3 StGB) als auch des § 76 SGB X zutreffen. Soweit der Betroffene oder sein gesetzlicher Vertreter in Kenntnis des Zwecks und in Kenntnis seines Widerspruchsrechts dem nicht widerspricht, darf der besonders schutzwürdige Inhalt von den für die Hilfeentscheidung zuständigen Trägern der Sozialhilfe oder der Jugendhilfe, den Fachdiensten, den Facheinrichtungen, von denen die Hilfe geleistet werden soll, mitgeteilt werden (§ 69 (1) Nr. 1 SGB X). Jede Offenbarung oder Weitergabe ist nur dann erlaubt, wenn der Betroffene oder sein gesetzlicher Vertreter schriftlich eingewilligt hat und ausdrücklich auf sein in § 76, Abs. 2, SGB X geregeltes Widerspruchsrecht hingewiesen worden ist.