

Schweigepflichtentbindung für Kind:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Stadt Chemnitz
Amt für Gesundheit und Prävention
09106 Chemnitz

Aktenzeichen: _____

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht für Personen unter 18 Jahren

1. Personensorgeberechtigte/r

Anrede	Titel (akad.)	Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße		Haus-Nr.	PLZ	Ort

2. Personensorgeberechtigte/r

Anrede	Titel (akad.)	Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße		Haus-Nr.	PLZ	Ort

Hiermit entbinde ich/entbinden wir **das medizinische Personal** des Amtes für Gesundheit und Prävention der Stadt Chemnitz von der Schweigepflicht gegenüber

Institution – Amt – Abteilung

Anrede	Titel (akad.)	Name ¹	Vorname ¹	
Straße		Haus-Nr.	PLZ	Ort

Kind

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße		Ort

Die Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt **zu folgendem Zweck:**

Zweck	Zeitraum (nur ausfüllen, falls gewünscht)

¹ nur auszufüllen, wenn eine Einzelperson benannt wird (Arzt, bestellter Betreuer etc.)

Erklärungen

- ☐ Die über mein/unser Kind erstellten Befundunterlagen dürfen von der o. g. Person oder Behörde angefordert und verarbeitet werden.
- ☐ Die über mein/unser Kind erstellten Befundunterlagen dürfen verarbeitet und der o. g. Person oder Behörde mitgeteilt und/oder ausgehändigt werden.

Diese gilt für den gesamten oben genannten Vorgang. Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft beim Amt für Gesundheit und Prävention der Stadt Chemnitz widerrufen kann/können, sofern dem Widerruf keine Rechtsgründe entgegenstehen.

Ich bin/Wir sind darauf hingewiesen worden, dass ohne diese Schweigepflichtentbindung die Bearbeitung meines/unseres Anliegens nicht oder nur teilweise erfolgen kann.

Diese Schweigepflichtentbindungserklärung ist nur wirksam, wenn sie dem Bedarf entsprechend vollständig ausgefüllt und nach § 1629 BGB² von beiden Personensorgeberechtigten unterschrieben ist bzw. eine Kopie des Nachweises des alleinigen Sorgerechtes oder eine entsprechende Vollmacht des anderen Sorgeberechtigten beigefügt ist.

Ort, Datum

Unterschrift 1. Personensorgeberechtigte/r

Ort, Datum

Unterschrift 2. Personensorgeberechtigte/r

² in der jeweils gültigen rechtlichen Fassung