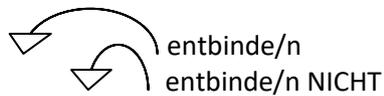


Ambulanz für Geschlechtsdysphorie, Geschlechtsinkongruenz und Varianten der Geschlechtsentwicklung im Kindes- und Jugendalter

Entbindung von der berufsspezifischen Schweigepflicht
(Bitte doppelseitig ausdrucken)

Patient*in Name, Vorname (ggf. selbst gewählter Vorname): Geburtsdatum: Straße und Haus-Nr.: Postleitzahl, Ort:	
<p style="text-align: center;">Sorgeberechtigte Person 1</p> <input type="checkbox"/> Mutter/ <input type="checkbox"/> Vater/ <input type="checkbox"/> Vormund/ <input type="checkbox"/> Ergänzungspfleger*in für: Name, Vorname: Geburtsdatum: Straße und Haus-Nr.: Postleitzahl, Ort: Telefonnummer: Email:	<p style="text-align: center;">Sorgeberechtigte Person 2</p> <input type="checkbox"/> Mutter/ <input type="checkbox"/> Vater/ <input type="checkbox"/> Vormund/ <input type="checkbox"/> Ergänzungspfleger*in für: Name, Vorname: Geburtsdatum: Straße und Haus-Nr.: Postleitzahl, Ort: Telefonnummer: Email:

- Ich,
 Wir/ Ich als sorgeberechtigte Person



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	die Ärzt*innen, Psycholog*innen und die weiteren Berufsträger der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des EvKB von der Schweigepflicht ggü folgenden Institutionen:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	die Berufsträger der niedergelassenen Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Praxisname: Straße und Haus-Nr.: Postleitzahl, Ort: Telefonnummer:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	die Berufsträger der niedergelassenen Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie Praxisname: Straße und Haus-Nr.: Postleitzahl, Ort: Telefonnummer:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	die Berufsträger der niedergelassenen Haus- oder Kinderärztlichen Praxis: Praxisname: Straße und Haus-Nr.: Postleitzahl, Ort: Telefonnummer:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	die Berufsträger der folgenden Klinik : Praxisname: Straße und Haus-Nr.: Postleitzahl, Ort: Telefonnummer:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	die mit der Betreuung in der Schule beauftragten Personen (Schulleiter*in, Klassenlehrer*in, Beratungslehrer*in, Schulsozialarbeiter*in, Schulpsycholog*in) Schulname: Straße und Haus-Nr.: Postleitzahl, Ort: Telefonnummer:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	die Krankenversicherung (des Kindes/ Jugendlichen):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	das Jugendamt :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	die Jugendhilfeeinrichtung/ den Jugendhilfeanbieter (z.B. Wohngruppe, SPFH, ...):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	die Beratungsstelle :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sonstige:

Wir/ich erkläre/n uns/mich einverstanden, dass Mitarbeiter*innen, die an der Behandlung unseres Kindes/ meiner Behandlung mitarbeiten, zu folgenden Institutionen Kontakt aufnehmen und Informationen (Patient*innendaten) erheben und verarbeitet werden. Mir wurde angeboten ein Informationsblatt zum Datenschutz ausgehändigt zu bekommen, Rückfragen zu Umfang und Art meiner Daten zu stellen und wurde über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung aufgeklärt.

Mir/ uns ist es bekannt, dass ich/ wir diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/ können.

(Datum, Ort)

(Unterschrift sorgeberechtigte Person)

(Datum, Ort)

(Unterschrift sorgeberechtigte Person)

(Datum, Ort)

(Unterschrift Patient*in)