

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Die Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamts sind gemäß § 203 StGB verpflichtet, die ihnen über Sie bekanntgewordenen Daten geheim zu halten und nicht unbefugt an andere zu offenbaren. Für den in der Einwilligungserklärung genannten Zweck dürfen sie diese Daten an Behörden/Institutionen oder an Ärzte/Psychologen/Sozialarbeiter nur mit Ihrem Einverständnis mitteilen oder übermitteln.

Für Sie besteht keine Pflicht zur Abgabe der Einwilligungserklärung.

Ihre Einwilligungserklärung kann von Ihnen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne rechtliche Nachteile beschränkt oder widerrufen werden.

Der Widerruf ist bei dem Amtsleiter des Gesundheitsamts, Herr Mhaisen
Schulweg 1B in 15711 Königs Wusterhausen einzulegen.

Einwilligungserklärung

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

☐ Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen und wurde umfassend beraten durch: _____

☐ Ich bin **nicht** einverstanden,

☐ Ich bin damit **einverstanden**,

dass der o.g. Mitarbeiter/die Mitarbeiterin des Gesundheitsamts besondere Kategorien/Arten personenbezogener Daten gemäß § 4 a Brandenburgisches Datenschutzgesetz/ § 3 Abs. 9 Bundesdatenschutzgesetz, die erforderlich sind für:

(Konkrete Angabe des Zwecks)
anfordert.

Ich entbinde von der Schweigepflicht

Die Ärztinnen/ Ärzte aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes

Stempel oder Name der Einrichtung/Institution

gegenüber folgenden Einrichtungen, Behörden und Institutionen:

☐ Sozialamt ☐ Jugendamt ☐ Schulamt ☐ Gericht ☐ Schulverwaltungsamt

vertreten durch: _____

☐ sonstige..... ☐ Arzt

Ohne mein Einverständnis berechtigt die Entbindung von der Schweigepflicht die/den oben bestimmten Mitarbeiter/in nicht, die erhaltenen Informationen gegenüber dritten Personen zu verwenden.

☐ Ich gestatte den oben aufgeführten Einrichtungen, Behörden und Institutionen, im Rahmen der Amtshilfe, Daten und Informationen mit den Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamts auszutauschen und entbinde diese ebenfalls von deren Schweigepflicht.

☐ Diese Schweigepflichtentbindung ist auf keinen Fall gültig gegenüber:

Mit der Anfertigung handschriftlicher Notizen zu Gesprächen, Telefonaten und Schriftwechseln, die meine Person, betreffen

☐ bin ich einverstanden

☐ bin ich **nicht** einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift,
ggf. Unterschrift Personensorgeberechtigt/r
oder Betreuer/in