



DIPL.-PÄD.

SARINA RISSE

KINDER- & JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTIN (TP)

BESTÄTIGUNG ÜBER DIE AUFKLÄRUNG BEZÜGLICH DER SCHWEIGEFLICHT

Ich, (**PATIENT/IN**)

geboren am, wohnhaft in

bestätige, dass ich darüber informiert wurde, dass alle TherapeutInnen und MitarbeiterInnen der Psychotherapeutischen Praxis Risse der gesetzlichen Schweigepflicht des § 203 Strafgesetzbuch (StGB) unterliegen.

Bei den privat versicherten Patienten und/ oder Beihilfeberechtigten rechnet die Psychotherapeutische Praxis direkt mit den PatientInnen ab. Ein Austausch mit Versicherungen/ Beihilfe soll dennoch ermöglicht werden.

Entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen sind die Verantwortlichen der Psychotherapeutische Praxis für die durchgeführten Maßnahmen und Behandlungen auch Dritten gegenüber verantwortlich und ggf. auskunftspflichtig. Alle TherapeutInnen und MitarbeiterInnen der Psychotherapeutischen Praxis Risse stehen unter Wahrung der gesetzlichen Schweigepflicht im kollegialen Austausch mit weiteren MitbehandlerInnen (Haus- und Fachärzte, Kliniken, Versorgungszentren etc.); sie können auf Wunsch der/s PatientIn nach erfolgter Schweigepflichtsentbindung weitere Behandlungsinformationen austauschen. Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen und Erklärungen, die ich den TherapeutInnen und MitarbeiterInnen der Psychotherapeutischen Praxis Risse gegenüber anvertraut habe.

Die Psychotherapeutischen Praxis Risse ist gesetzlich verpflichtet, die Behandlungstammdaten für die Dauer von 10 Jahren nach Ende der Behandlung zu erfassen und zu speichern sowie Anfragen Dritter nach Maßgabe der vorliegenden Schweigepflichtsentbindungen und der gesetzlichen Bestimmungen zu beantworten.

Ich wurde darüber informiert, dass ich im Rahmen der geltenden Rechte jederzeit eine ggf. zuvor gegebene Entbindung von der Schweigepflicht in Teilen oder ganz jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Soest, den

.....

Unterschrift/ Unterschrift beider Sorgeberechtigten)

ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Ich, (**PATIENT/IN**).....

geboren am, wohnhaft in

.....

entbinde hiermit

die Psychotherapeutische Praxis Risse von der ihr obliegenden gesetzlichen Schweigepflicht des § 203 Strafgesetzbuch (StGB) gegenüber folgenden Personen/Institutionen: (Bitte die für Sie entsprechenden Stellen eintragen)

1.(Schule des Kindes)

2.....(Kinderarzt)

3.(Krankenversicherung)

4.....(Wohngruppe)

5.....(Jugendamt)

6.

7.

Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen und Erklärungen, die ich/wir den TherapeutInnen und MitarbeiterInnen der Psychotherapeutischen Praxis Risse gegenüber anvertraut habe(n).

Gleichzeitig entbinde ich umgekehrt die oben aufgelisteten Personen/Institutionen von der Schweigepflicht gegenüber der Praxis Risse, zweckgebundene Fragen zu beantworten und Auskunft über die erforderlichen Sachverhalte zu geben.

Diese Entbindungserklärung ist jederzeit von mir widerrufbar.

Einverständnis beider Sorgeberechtigten bei Minderjährigen:

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass bei der Behandlung Minderjähriger das Einverständnis des anderen sorgeberechtigten Elternteils sowohl für die Behandlung, als auch für die Schweigepflichtsentbindung vorliegt.

_____, den

Ort Datum (Unterschrift PatientIn/ ggf. **Unterschrift aller Sorgeberechtigten**)