**Erklärung der Patient\*innen der LVR-Kliniken über**

**die Entbindung von der Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich, (Vor und Nachname) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

die folgenden nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) schweigepflichtigen Mitarbeitenden der LVR-Klinik

* die behandelnden Ärzt\*innen
* die behandelnden therapeutischen Mitarbeitenden
* die behandelnden pflegerischen Mitarbeitenden
* die Mitarbeitenden des Sozialdienstes

von ihrer Schweigepflicht gegenüber den folgenden Personen/ Institutionen:

1. den einweisenden Ärzt\*innen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. den weiterbehandelnden Ärzt\*innen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. den weiterbehandelnden Psychotherapeut\*innen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. dem Sozialpsychiatrischen Dienst\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. sonstige Personen/ Institutionen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass soweit dies erforderlich ist,

* für meine aktuelle Behandlung
* zur Klärung meiner sozialrechtlichen Leistungsansprüche
* aufgrund gutachterlicher Fragestellungen
* zur Sicherstellung meiner Weiterbehandlung
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

die mich betreffenden Behandlungsunterlagen und Befunde offenbart werden dürfen.

Diese Schweigepflichtentbindungserklärung kann jederzeit - auch teilweise – widerrufen werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum und Unterschrift der Patientin/des Patienten

Im Falle fehlender Einwilligungsfähigkeit der Patientin/des Patienten:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum und Unterschrift der Vertretung