

Schweigepflichtentbindung

Alsterdorfer Markt 8  
22297 Hamburg  
TEL.: 040. 50 77 38 57  
FAX: 040. 50 77 35 92

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich \_\_\_\_\_ (Patient/in/gesetzliche/r Vertreter/in)  
mein Einverständnis, dass die Mitarbeiter der Psychiatrischen Ambulanz Alsterdorf die zur  
Diagnostik und Behandlung erforderlichen Unterlagen und Informationen einholen dürfen  
von

- der/dem pädagogischen Assistentin/en
- der/dem behandelnden Hausärztin/arzt
- der/dem vorbehandelnden Psychiater/in
- den Ärztinnen und Ärzten des behandelnden Krankenhauses
- den Mitarbeitern des Beratungszentrums Alsterdorf
- 

Des Weiteren ermächtige ich die Mitarbeiter der Psychiatrischen Ambulanz Alsterdorf

- der/dem überweisenden Ärztin/Arzt Auskunft über die Diagnose und den Verlauf der  
Behandlung zu geben und entbinde sie/ihn von der Schweigepflicht.
- der/den pädagogischen Assistentin/en den Medikamentenplan auszuhändigen und  
über mögliche Nebenwirkungen der Medikamente zu informieren.

Ich kann diese Schweigepflichtentbindung jederzeit ohne Nennung von Gründen schriftlich  
widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzliche/r Betreuer/in

Eine Kopie wurde der/dem Patientin/en bzw. gesetzlichen Betreuer/in ausgehändigt.