



# Schweigepflichtentbindung

gemäß §203 StGB

Praxis für  
Homöopathie | Kinderheilkunde | Jugendmedizin



**Dr. med. Silke Zilles**

Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin  
Homöopathie

Praxis  
Dr. med. Silke Zilles  
Zur Lohne 3  
33178 Borchten

Zur Lohne 3  
33178 Borchten

Tel.: 05251/ 41 42 7-0  
Fax: 05251/ 41 42 7-99  
Mail: info@dr-zilles.de  
www.dr-zilles.de

## Erklärung

Hiermit entbinde ich/ wir,

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Eltern / Personensorgeberechtigten

für den Patienten

Vorname: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

die nachfolgenden Ärzte/ Institutionen

**Praxis** \_\_\_\_\_ sowie  
**Dr. med. Silke Zilles**  
**Zur Lohne 3**  
**33178 Borchten**

einschließlich dem jeweiligen Praxispersonal

**wechselseitig** von der ärztlichen Schweigepflicht.

Zum Zweck der Behandlung dürfen Befunde, Arztbriefe und andere erforderliche Daten an o.g. Ärzte/ Institutionen weitergegeben werden. Die Parteien dürfen sich insofern wechselseitig austauschen und notwendige Daten gegenseitig zur Verfügung stellen, wie es im Interesse der Behandlung des Kindes erforderlich ist.

Ich willige hiermit ein, dass o.g. Ärzte/ Institutionen, sofern sie an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind, personenbezogene Daten auch auf elektronischem Weg aus Arztinformationssystemen heraus übermitteln dürfen. Dabei handelt es sich um Namen, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, Geschlecht und benötigte Daten der medizinischen Dokumentation, die in dem jeweiligen Arztinformationssystem erfasst sind.

Diese Daten werden ggf. als „eArztbrief“ oder mittels Kommunikation im Medizinwesen (KIM) übertragen. Ich bin zudem darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass die Daten in diesen Fällen in verschlüsselter Form über das Internet übertragen werden und somit vor der unbefugten Kenntnisnahme Dritter geschützt sind. Die empfangende Einrichtung ist darüber hinaus berechtigt, die übermittelten Daten für eine (Weiter-) Behandlung zu nutzen. Das Recht der freien Arztwahl bleibt davon grundsätzlich unberührt.

Die Einwilligung in die Übermittlung von personenbezogenen Daten erfolgt durch mich freiwillig. Sie kann von mir jederzeit hinsichtlich des Datenumfanges als auch der beteiligten Einrichtungen beschränkt oder mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Mit dieser Unterschrift wird das erklärt, dass weitere Sorgeberechtigte mit der Erklärung einverstanden sind.  
(Bitte ankreuzen wenn nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)