

Poliklinik KJP Region Bern
Hallerstrasse 10, 3012 Bern
Tel: 058 630 70 46

Schweigepflichtsentbindung

Die Unterzeichnenden, Inhaber der elterlichen Sorge von

....., geboren am und wohnhaft in

.....,

sowie der/die Jugendliche selbst,

entbinden hiermit

.....

.....

(Pro Person/Institution muss eine Schweigepflichtsentbindung ausgefüllt werden)

von der ärztlichen/beruflichen Schweigepflicht gegenüber den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD) AG, Universitätsklinik für kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und umgekehrt.

Wenn ich die elterliche Sorge teile, versichere ich mit meiner Unterschrift, dass ich in Absprache und Einvernehmen mit allen im Interesse des Kindes gestützt auf das Kindeswohl handle. Die UPD weist darauf hin, dass bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht der unterzeichnende Elternteil verpflichtet ist, den anderen unverzüglich über diese Vereinbarung zu informieren.

Ich/wir gebe/n meine/unsere ausdrückliche Erlaubnis zur Kontaktaufnahme / Einsicht in die Krankengeschichte / Einsicht in Gutachten. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über die Möglichkeit informiert wurde, die Schweigepflichtsentbindung jederzeit schriftlich zu widerrufen.

Ort und Datum

Unterschrift Jugendliche/r

.....

.....

Ort und Datum

Unterschrift Elternteil

.....

.....

Ort und Datum

Unterschrift Elternteil

.....

.....