

HANS-RETTIG-SCHULE

Schule für Kranke
Universitätsklinikum Gießen
Paul-Meimberg-Straße 3
35392 Gießen

 0641-985-42988
E-Mail: hansrettig.schule@uniklinikum-giessen.de

 0641-985-42989
<http://www.hans-rettig-schule.de>

Schweigepflichtentbindung

Eine Entbindung von der Schweigepflicht wird für den Informationsaustausch zwischen der Schule für Kranke, der Hans-Rettig-Schule, mit Personengruppen benötigt, die nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) der Schweigepflicht unterliegen. Für den notwendigen Informationsaustausch zwischen der Schule für Kranke und dem Klinikpersonal bedarf es einer unterschriebenen Schweigepflichtentbindung von

- den Eltern minderjähriger Schülerinnen oder Schüler ohne die erforderliche Einsichtsfähigkeit
- oder den Eltern volljähriger Schülerinnen oder Schüler ohne die erforderliche Einsichtsfähigkeit
- oder der jugendlichen Schülerin oder dem jugendlichen Schüler ab 14 Jahren, sofern die erforderliche Einsichtsfähigkeit besteht
- oder der volljährigen Schülerin oder dem volljährigen Schüler.

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärzte, Therapeuten und das Gesundheitsamt gegenüber den Lehrkräften der Schule für Kranke von der ihnen nach § 203 StGB obliegenden Schweigepflicht in Bezug auf

Vor- und Nachname der Schülerin/des Schülers: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Die Schweigepflichtentbindung umfasst auch die in diesem Zusammenhang zur Verfügung stehenden Dokumente, Unterlagen, Auskünfte, Befunde, Untersuchungsergebnisse und gilt für die Dauer der Beschulung bzw. bis Behandlungsende.

Themen des Informationsaustausches sind insbesondere die Vita der Schülerin oder des Schülers, das Krankheitsbild, der Krankheitsverlauf und besondere Hinweise für die Aufsichtsführung. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Schweigepflichtentbindung

und Einwilligung verweigern kann, dann jedoch keine Beschulung durch die Hans-Rettig-Schule erfolgen wird.

Diese Schweigepflichtentbindung kann von mir jederzeit teilweise oder vollständig mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder elektronisch gegenüber dem zuständigen Staatlichen Schulamt widerrufen werden. Ein möglicher Widerruf der Einwilligung berührt die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht.

Ort,	Datum	Name, Vorname	Unterschrift Mutter
------	-------	---------------	---------------------

Ort,	Datum	Name, Vorname	Unterschrift Vater
------	-------	---------------	--------------------

Ort,	Datum	Name, Vorname	Unterschrift der Schülerin/des Schülers
------	-------	---------------	---