



Klient, Name:
geb. am:
Strasse:
Ort:
Tel.:

Kliniken Dritter Orden gGmbH  
Standort Kinderklinik Passau  
Bischof-Altmann-Str. 9, 94032 Passau  
Telefon 0851 7205-207  
Telefax 0851 7205-47 207  
epilepsie@kinderklinik-passau.de  
[www.epilepsieberatung-niederbayern.de](http://www.epilepsieberatung-niederbayern.de)  
[www.epilepsieberatung-bayern.de](http://www.epilepsieberatung-bayern.de)  
[www.kinderklinik-passau.de](http://www.kinderklinik-passau.de)

**Schriftliche Erklärung zum Datenschutz und Schweigepflichtsentbindung**  
**(Version 10/21) – Stand: \_\_\_\_\_**

**Hinweis:**

Die Epilepsieberatungsstelle unterliegt strengen Vorschriften zum Schutze personenbezogener Daten (insbesondere Datengeheimnis, Patientengeheimnis, Sozialgeheimnis) und ist zur Verschwiegenheit über alle bekannt werdenden persönlichen und sozialen Verhältnisse verpflichtet. Die Beratungsstelle muss Sorge dafür tragen, dass nur die erforderlichen Daten erhoben und gespeichert und verarbeitet werden und dass ein Verlust der Daten organisatorisch und technisch soweit möglich ausgeschlossen ist (Datensicherheit).

Im Sinne einer bestmöglichen individuellen Beratung, Begleitung und Unterstützung durch die Epilepsieberatungsstelle kann es erforderlich sein, dass Ihre zuständige Beraterin Kontakt aufnimmt mit für den Beratungsprozess relevanten Personen und Institutionen (interdisziplinärer Austausch), wie behandelnde Ärzte, Kliniken, andere Beratungsstellen und Behörden, etc. Hierfür benötigen wir zweckgebunden Ihre Entbindung von der Schweigepflicht.

**Hiermit entbinde ich die Mitarbeiterin der Epilepsie Beratungsstelle Niederbayern zum Zwecke der weiteren Beratung, Behandlung, Begutachtung oder Einleitung sonstiger Maßnahmen gegenüber**

---

---

---

**von der Schweigepflicht.**

**Diese Entbindung von der Schweigepflicht gilt für folgenden Sachverhalt / folgende Sachverhalte:**

---

---

---

Im Rahmen der schriftlichen Datenübermittlung kann es sinnvoll und notwendig sein, medizinische Unterlagen, wie Befunde und Untersuchungsergebnisse, auf schnellstmöglichem Weg (FAX-Versand) den Beratungsbeteiligten zur Verfügung zu stellen. Dürfen wir ggf., wie im ersten Satz beschrieben einen Faxversand vornehmen:

ja

nein

**Rückseite beachten!**



## Widerruf erteilter Einwilligungen

Ergänzender Hinweis: Meine von mir erteilten Einwilligungen können durch mich jederzeit und mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Diese Erklärung können Sie – schriftlich / per Email / Fax – an die Epilepsieberatungsstelle richten. Einer Angabe von Gründen bedarf es hierfür nicht. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

---

(Ort, Datum)                      (Unterschrift Klient/Klientin)

---

(Ort, Datum) (Unterschrift Sorgeberechtigte/r, Betreuer/in)

---

(Ort, Datum)                      (Unterschrift Mitarbeiter/in)

gefördert durch:

**Bayerisches Staatsministerium für  
Familie, Arbeit und Soziales**



BEZIRK  
NIEDERBAYERN

in Kooperation mit:

