



Ambulante Kinder-, Jugend- und Familienhilfe
FAZIT
Sozialmedizinische Nachsorge
Bühlstraße 21, 37073 Göttingen
Tel.: 0551 5313772, Fax: 0551 42633
info@fazit-goettingen.de



Schweigepflichtentbindung

Einverständniserklärung

1. Die Ambulante Kinder-, Jugend- und Familienhilfe FAZIT (nachstehend FAZIT genannt) begleitet chronisch-, krebs- und schwerkranke Kinder, sowie Früh- und Risikogeborene und ihre Familie in der Zeit nach ihrem Aufenthalt in der Klinik zu Hause. Um dieses zu erreichen, bietet FAZIT vielfältige Hilfen an, z. B. Begleitung durch Kinderkrankenschwestern, einer Sozialpädagogin und einem Kinder- und Jugendarzt.
2. Wenn ich Hilfen von FAZIT annehme, entstehen mir und meiner Familie dadurch keine Kosten.
3. Ich bin damit einverstanden, dass von den Mitarbeitern von FAZIT Auskünfte über den Gesundheitszustand unseres Kindes bei aktuell oder früher betreuenden medizinischen Institutionen und Personen eingeholt werden dürfen. Ich erkläre mich mit der Weitergabe der persönlichen Daten und der Daten des Kindes an FAZIT einverstanden. Dazu entbinde ich die angefragten Personen und Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht. FAZIT und seine Mitarbeiter sichern zu, dass die ihnen anvertrauten Daten streng vertraulich behandelt werden.
4. Ich bin damit einverstanden, dass FAZIT entsprechende Informationen und Berichte über mein Kind an die beteiligten Fach-, Kinder- oder Allgemeinärzte sowie Einrichtungen und Therapeuten weiterleitet, um eine Zusammenarbeit zu sichern.
5. Mit steht es jederzeit frei, auf die Leistungen von FAZIT zu verzichten oder Angebote von FAZIT abzulehnen. Nachteile entstehen mir dadurch nicht.

Name, Vorname des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Erziehungsberechtigt:

Name/n: _____

Anschrift: _____

Ort, Datum

Unterschrift
Erziehungsberechtigte

Unterschrift
Erziehungsberechtigter

Bogen ausgehändigt am: _____ von: _____