

**Sorgeberechtigte**

Name, Vorname:

Straße:

Postleitzahl/Wohnort:

Telefon:

Etikett Patient
-----------------

1. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass

**a)** die AWO Niedersachsen gGmbH die zum Zweck der stationären/teilstationären oder ambulanten Behandlung (Aufnahme, Diagnostik, Therapie und Entlassung) meines(er), unseres(er) Sohnes/Tochter im AWO Psychiatriezentrum erforderlichen Berichte und/oder Zeugnisse bei den nachstehend aufgeführten Stellen anfordern, verarbeiten und nutzen kann;

**b)** die AWO Niedersachsen gGmbH Behandlungsdaten und Testbefunde sowie Entlassungsberichte den nachstehend aufgeführten Stellen zur Verfügung stellen kann.

**Folgenden Nutzungen stimme/n ich/wir zu:**

*(Bitte kreuzen Sie an, mit welchen Nutzungen Sie einverstanden sind.)*

**Jugendamt/Sozialamt:**

Ansprechpartner? Name: ..... Telefon: .....

**Einrichtung/Wohngruppe:**

Ansprechpartner? Name: ..... Telefon: .....

**Schule:**

Name der Schule:..... Ort:..... Klasse: .....

Ansprechpartner: ..... Telefon: .....

Tagesgruppe: ..... Telefon: .....

Familienhilfe: ..... Telefon: .....

Erziehungsberatungsstelle: ..... Telefon: .....

Rehabilitationseinrichtung: ..... Telefon: .....

Nachmittagsbetreuung Schule:..... Telefon: .....

2. Diese Einwilligung erstreckt sich auf alle Ärzte und anderen Mitarbeiter der AWO Niedersachsen gGmbH, die mit der Behandlung meines(er), unseres(er) Sohnes/Tochter befasst sind. Diese Personen sind durch die AWO Niedersachsen gGmbH zur Verschwiegenheit verpflichtet.

3. Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir zur Abgabe dieser Einwilligungserklärung nicht verpflichtet bin/sind und diese Erklärung deshalb freiwillig erfolgt. Mir/Uns ist auch bekannt, dass ohne die Abgabe dieser Einwilligungserklärung eine bestmögliche Behandlung nicht gewährleistet ist.

**Ich weiß/Wir wissen, dass ich/wir diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann/können. Der Widerruf ist per E-Mail an Poststelle @awo-apz.de oder postalisch an AWO Psychiatriezentrum, Vor dem Kaiserdom 10, 38154 Königslutter zu richten. 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.**

Königslutter, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern oder gesetzlichen Vertreter

Dokumentenart	Freigabedatum	Version	vom GF genehmigt	Seite
Formular	04.02.2020	4	ja	Seite 1 von 1