



Landeshauptstadt Dresden
Amt für Gesundheit und Prävention
Hauptabteilung Gesundheitsamt
Abteilung Hygienischer Dienst

Zusendung unterschrieben an
gesundheitsamt-infektionsschutz@dresden.de

Sitz: Hertzstraße 23, 01257 Dresden
Telefon: (0351) 4 88 82 01
E-Mail: gesundheitsamt-
infektionsschutz@dresden.de

Eingangsvermerk - Empfänger

Aktenzeichen (nicht vom Antragsteller auszufüllen)

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

1. Betroffene Person

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Minderjährig? Ja (Unterschrift der Personensorgeberechtigten oder Bearbeitervermerk erforderlich.)

Die eigenständige Einwilligungsfähigkeit der/des Minderjährigen ist gegeben?

Ja (Bearbeitervermerk ist erforderlich.)

Nein (Unterschrift der Personensorgeberechtigten ist erforderlich.)

Nein

2. Zweck

Vollzug von § 20 IfSG (Masernschutzgesetz): Beiziehung des dokumentierten Immunstatus von Kindern und Jugendlichen, der im Rahmen der ärztlichen Untersuchungen der Schulgesundheitspflege (§26a SächsSchulG) der Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit des Amtes für Gesundheit und Prävention erhoben wurde zur Überprüfung des Nachweises einer ausreichenden Immunität gegen Masern.

3. Von der Schweigepflicht entbundene Personen sind

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des o. g. Amtes, die mit der Erfüllung des Zwecks betraut sind.

4. Von der Schweigepflichtsentbindung umfasst ist

die Übermittlung des im Rahmen der ärztlichen Untersuchungen der Schulgesundheitspflege (§26a SächsSchulG) erhobenen Immunstatus gegen Masern von der Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit an die Abteilung Hygienischer Dienst zur Umsetzung des Masernschutzgesetzes (§ 20 IfSG).

Ich wurde darauf hingewiesen, dass

- meine Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht auch Geheimnisse umfasst, von denen ich aktuell keine Kenntnis habe (z. B. das Ergebnis meiner Begutachtung im Amt für Gesundheit und Prävention).
- ich meine Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht persönlich, sachlich oder inhaltlich nicht beschränke, soweit sie zur Erfüllung des Zwecks benötigt wird.
- ich meine Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Personensorgeberechtigte)

Name, Vorname des/der Personensorgeberechtigten in Druckschrift

Im Falle der Unterschrift lediglich eines Personensorgeberechtigten erklärt dieser, entweder über das alleinige Personensorgerecht zu verfügen oder vom/von der anderen Personensorgeberechtigten zur Abgabe dieser Schweigepflichtsentbindung bevollmächtigt zu sein.

(wird von der Behörde ausgefüllt)

Bearbeitungsvermerk:

Es wird bestätigt, dass der/die Minderjährige die Bedeutung und die Tragweite der Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht bewusst ist. Er/Sie hat in diesem Bewusstsein die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht abgegeben.

Datum, Name und Unterschrift Bearbeiter/-in