

Einverständniserklärung/ Schweigepflichtentbindung

für das Kind: _____ geb.: _____

Hiermit entbinde ich folgende Ärzte/Ärztinnen, Krankenhäuser, Therapeuten/Therapeutinnen, Kindertageseinrichtungen und Diagnostikstelle im Amt für Soziales und Pflege

von der Schweigepflicht gegenüber dem Amtsarzt/der Amtsärztin.

Mit Fragen zu dem Gesundheits-/ Entwicklungsstand meines Kindes bin ich ebenfalls einverstanden.

Informationen zur Förderung des Kindes und das Ergebnis der Untersuchung dürfen an andere Institutionen (z. B. Kindergarten, Amt für Soziales und Pflege, Jugendamt bzw. Landesjugendamt weitergegeben werden.

Das Ergebnis darf für andere ärztliche Gutachten verwandt werden (z. B. Frühförderung, Integration, Schuleingangsuntersuchung, sonderpädagogischer Förderbedarf) sowie an die behandelnden Ärzte/Ärztinnen weitergeleitet werden.

Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten, die selbstverständlich der Schweigepflicht unterliegen, gespeichert und in anonymisierter Form weiterverarbeitet werden.

Datum

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten



KREIS
STEINFURT