

Schweigepflichtentbindung



Name, Vorname der Eltern/Sorgeberechtigten

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Name der Kindertageseinrichtung

Hiermit entbinde(n) ich/wir als Sorgeberechtigte(r) des o. a. Kindes die Ärztinnen / Ärzte und das medizinische Fachpersonal des Gesundheitsamtes von ihrer Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) für das o.a. Kind **gegenüber den behandelnden Kinder-, Haus-, Fachärztinnen und -ärzten sowie Therapeutinnen u. Therapeuten des Kindes**

(bitte Namen und Ort der Ärzte / Therapeuten angeben)

zur Vervollständigung der medizinischen Einschätzung im Rahmen der Gesamtbeurteilung von Schulvorläuferfertigkeiten und schulrelevanten Erkrankungen

sowie

gegenüber der o. g. Kindertageseinrichtung und der aufnehmenden Schule / Schulamt / Jugendamt zur Feststellung, Erörterung und Abstimmung von Unterstützungs- / Förderbedarfen und geeigneten Fördermöglichkeiten, erforderlichenfalls auch unter Bezeichnung der entsprechenden schulrelevanten Diagnosen. Darüber hinaus entbinde(n) ich / wir den vorgenannten Personenkreis seinerseits von seiner Schweigepflicht gegenüber dem o.a. medizinischen Personal des Gesundheitsamtes.

Mir / uns ist bekannt, dass ich / wir die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgebe(n) und ein Widerruf jederzeit möglich ist.

Ort/Datum

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten