

### **Entbindung von der Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich die begutachtenden Mitarbeiter / -innen des Gesundheitsamtes Landkreis Waldeck-Frankenberg von ihrer ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB) gegenüber dem Fachbereich Soziale Angelegenheiten und ermächtige sie, dem Fachbereich Soziale Angelegenheiten des Landkreises Waldeck-Frankenberg die für die Entscheidung meines Antrages notwendigen Untersuchungsergebnisse und medizinischen Beurteilungen zu übermitteln.

Zudem willige ich ein, dass im Fachbereich Soziale Angelegenheiten eingehende Stellungnahmen, Begutachtungen oder Entwicklungsberichte an das Gesundheitsamt weitergegeben werden können sowie notwendige Unterlagen zur Antragsbearbeitung mit dem Fachbereich Jugend ausgetauscht werden können.

Folgende Stellen/Personen entbinde ich von ihrer (ärztlichen) Schweigepflicht gegenüber dem Fachdienst Gesundheit sowie dem Fachdienst Soziale Angelegenheiten:

<b>Name, Vorname des Kindes</b>	<b>Geburtsdatum</b>
	Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.
<b>1</b>	<b>Behandelnder Kinderarzt/Kinderärztin (Name und Anschrift)</b>
<input type="checkbox"/>	
<b>2</b>	<b>Behandelnder Arzt/Ärztin, Facharzt/Fachärztin (Name und Anschrift)</b>
<input type="checkbox"/>	
<b>3</b>	<b>Erziehungsberatungsstelle(Name)</b>
<input type="checkbox"/>	
<b>4</b>	<b>Frühförderstelle</b>
<input type="checkbox"/>	
<b>5</b>	<b>Sonstige Stellen / Personen (Namen)</b>
<input type="checkbox"/>	

Einem wechselseitigen fachlichen Austausch mit den persönlichen Daten meines/unseres Kindes zwischen den o. g. Stellen willige ich ein.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (sorgeberechtigte Person oder Vormund)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (sorgeberechtigte Person oder Vormund)