



Entbindung von der Schweigepflicht

Name des Kindes	Vorname	Geb. Datum
Straße	PLZ Wohnort	Telefon

Name der/des Personensorgeberechtigten	Vorname	Geb. Datum
Straße	PLZ Wohnort	Telefon

Name der/des Personensorgeberechtigten	Vorname	Geb. Datum
Straße	PLZ Wohnort	Telefon

Hiermit entbinde ich den Schwalm-Eder-Kreis, Fachbereich Gesundheit, Amtsärztlicher Dienst von seiner ärztlichen Schweigepflicht (unter Hinweis auf § 203 StGB) gegenüber dem Schwalm-Eder-Kreis, Fachbereich Sozialverwaltung - Eingliederungshilfe - und ermächtige ihn, die für die Entscheidung meines Antrages notwendigen Untersuchungsergebnisse und medizinischen Beurteilungen zu übermitteln.

Zudem willige ich ein, dass die Schule/Kindertageseinrichtung und ggf. der Leistungserbringer notwendige Informationen und Berichte zur Bewilligung einer Eingliederungshilfeleistung dem Fachbereich Sozialverwaltung erteilen bzw. erstellen darf. Der Informationsaustausch zwischen Schule/Kindertageseinrichtung/Leistungserbringer und dem Fachbereich Sozialverwaltung gilt wechselseitig.

Ebenso darf der Fachbereich Sozialverwaltung eingehende Stellungnahmen, Begutachtungen oder Entwicklungsberichte an den Schwalm-Eder-Kreis, Fachbereich Gesundheit weitergeben sowie notwendige Unterlagen zur Antragsbearbeitung mit dem Schwalm-Eder-Kreis, Fachbereich Jugend und Familie austauschen.

Relevante Informationen über die Art der Beeinträchtigung des Kindes darf der Fachbereich Sozialverwaltung an den beauftragten Leistungserbringer zur Auswahl einer geeigneten Eingliederungshilfeleistung weitergeben.

Zusätzlich entbinde ich folgende Stellen/Personen von ihrer/seiner (ärztlichen) Schweigepflicht:

1	Schule
<input type="checkbox"/>	
2	Behandelnde/r Arzt/Ärztin, Facharzt/Fachärztin (Name und Anschrift)
<input type="checkbox"/>	
3	Sonstige Stellen / Personen (Namen)
<input type="checkbox"/>	
4	Sonstige Stellen / Personen (Namen)
<input type="checkbox"/>	

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten