LANDKREIS WALDECK FRANKENBERG

DER KREISAUSSCHUSS

FACHDIENST JUGEND

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 Jugend und ermächtige sie, dem Fachbereich Jugend des Landkreises Waldeck-Frankenberg die für die Entscheidung meines Antrages notwendigen Untersuchungsergebnisse und medizinischen Beurteilungen zu übermitteln.

Des Weiteren erlaube ich den begutachtenden Mitarbeiter / -innen des Gesundheitsamtes Landkreis Waldeck-Frankenberg die Daten meines / unseres Kindes aus vorherigen Untersuchungen bei der aktuellen Stellungnahme / Begutachtung zu berücksichtigen und entbinde meine behandelnden Ärzte / Therapeuten etc. gegenüber dem Fachbereich Gesundheit des Landkreises Waldeck Frankenberg von ihrer (ärztlichen) Schweigepflicht.

Zudem willige ich ein, dass im Fachbereich Jugend 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 Jugend:

Name, Vorname des Leistungsberechtigten	**Geburtsdatum**

1	**Behandelnder Kinderarzt/Kinderärztin (Name und Anschrift)**
2	**Behandelnder Arzt/Ärztin, Facharzt/Fachärztin (Name und Anschrift)**
3	**Erziehungsberatungsstelle (Name)**
4	**Fachdienst Gesundheit / Fachdienst Jugend (z. B. sozialer Dienst)**

Kreisausschuss des Landkreises Waldeck-Frankenberg
Fachdienst Jugend
Südring 3
34497 Korbach

5	**Kita / Tagespflege (Name und Anschrift)**
6	**Frühförderstelle**
7	**Schule (Name und Anschrift)**
8	**Sonstige Stellen / Personen (Namen)**

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 / Vormund)

_____

(Ort, Datum) Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (sorgeberechtigte Person / Vormund)