

Schweigepflichtentbindung

zwischen

vollständige(r) Name(n) beider Elternteile bzw. der/des Sorgeberechtigten

und

dem Fachdienst Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche des Kreises Stormarn.

Hiermit wird versichert, dass ich/wir derzeit für das Kind bzw. den/die Jugendliche/n

Name

in vollem Umfang sorgeberechtigt bin/sind.

Die Mitarbeitenden des Fachdienstes Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche werden ermächtigt, Auskünfte bei den folgenden Institutionen/Personen (**bitte benennen**) einzuholen.

Nicht Zutreffendes bitte deutlich streichen.

- Kindergarten: _____
 - Schule: _____
 - Hausarzt: _____
 - Kinderarzt: _____
 - Kinder-/Jugendpsychiater/-psychotherapeut: _____
 - sonstige: _____
-
-

Gleichermaßen entbinde(n) ich/wir den Fachdienst Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche von seiner Schweigepflicht gegenüber den o.g. Institutionen bzw. Personen.

Diese Schweigepflichtentbindung kann jederzeit in einzelnen Bereichen oder insgesamt schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift(en) der Eltern bzw. der/des Sorgeberechtigten