

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname (des Kindes)	Geburtsdatum (des Kindes)
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Sorgeberechtigte	
Verarbeiter	
Rückenwind e.V. Bernburg, 06406 Bernburg (Saale), Nienburger Str. 24	

Ich gebe meine Einwilligung, dass dem Rückenwind e.V. Bernburg von anderen Institutionen (z.B. Ärzten, Frühförderstellen, Therapeuten, Fachdiensten, Schulen, Schulamt usw.) mündliche und/oder schriftliche Auskünfte über mein Kind gegeben und Befunde übersandt werden dürfen, die zur Ermittlung des Hilfebedarfes erforderlich sind. Diese Unterlagen dürfen im Rahmen der integrativen Betreuung verwendet und an zuständige Behörden weitergegeben werden.

Alle Ärzte und Therapeuten, die mein Kind behandeln oder untersucht haben, entbinde ich hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht. Sie sind somit berechtigt, medizinische Unterlagen und Auskünfte über mein Kind herauszugeben.

Alle ermittelten Daten unterliegen den Vorschriften des Datenschutzes.

Diese Erklärung gilt längstens für den Zeitraum der Hilfestellung.

Mir ist bekannt, dass die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgegeben wird und Voraussetzung der vorgesehenen Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung ist. Sie kann für die Zukunft jederzeit widerrufen werden.

Hierin willige ich ein.

Ort, Datum	Unterschrift Sorgeberechtigte	Unterschrift Sorgeberechtigte