

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht/vom Sozialdatengeheimnis und Einwilligung gemäß Artikel 7 DSGVO

Name des Kindes und Geburtsdatum:

Anschrift:

Anlässlich der anliegenden Beantragung einer Leistung nach dem SGB IX, XII oder SGB VIII oder einer schulärztlichen Beratung entbinde ich als gesetzliche/r Vertreter/in des o.a. Kindes

(*Zutreffendes bitte ankreuzen, Namen ergänzen):

- Ärzte
 -
 - Therapeuten
 -
 - Psychologen
 -
 - SPZ
 -
 - Helios-Klinikum Schwerin
 -
 - Erzieherinnen, Lehrpersonen, Kindertagesstätte, Schule
 -
 - Schulamt
 -
 - Jugendamt
 -
 - Sozialamt
 -
 - andere Personen (*bitte genau angeben), auch Institutionen,
-
-
-

gegenüber Frau Dr. med. Beate Kloesel und Frau Ulrike Junius als um Stellungnahme gebetene Ärztinnen des kinder- und jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Schwerin von der ärztlichen Schweigepflicht bzw. vom Sozialdatengeheimnis und willige in die Verarbeitung der erforderlichen personenbezogenen Daten des o.a. Kindes ein. Ich bin mit dem Austausch von Informationen zur individuellen Förderung meines Kindes einverstanden. Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung der gesetzlichen Zwecke des SGB IX, XII bzw. SGB VIII oder der schulärztlichen Beratung verwendet. Weitere Informationen zum Datenschutz befinden sich auf der städtischen Internetseite unter www.schwerin.de.

Diese Erklärung erfolgt freiwillig und ist jederzeit für die Zukunft widerrufbar.

.....

Ort und Datum	Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten
---------------	--