

Einverständniserklärung und Schweigepflichtentbindung



Name des Kindes / Geburtsdatum _____

Personensorgeberechtigte*r _____

Name und Anschrift _____

Personensorgeberechtigte*r _____

Name und Anschrift _____

Gewöhnlicher Aufenthalt des Kindes _____

1. | Ich bin damit einverstanden, dass ein*e Mitarbeiter*in des Heilpädagogischen Fachdienstes (HPFD) Lichtenberg/Hohenschönhausen mein Kind in der Kindertageseinrichtung/Kindertagespflege beobachtet. Ich entbinde die unten genannten Personen und die mit dem Fall beauftragte Mitarbeiterin des HPFD Lichtenberg/Hohenschönhausen von ihrer Schweigepflicht gemäß § 203 StGB. Ich bin damit einverstanden, dass die genannten beteiligten Personen Informationen und Berichte über den Entwicklungs- und Beratungsverlauf zum Zweck der niedrigschwelligen Beratung bezüglich meines Kindes einholen bzw. weitergeben dürfen.

Bitte ankreuzen (Ja oder Nein)

| | | weitergeben | | einholen | |
|---------------------------|--|-------------|------|----------|------|
| | | Ja | Nein | Ja | Nein |
| | Name (Einrichtung und Gruppe bzw. Ansprechpartner) | | | | |
| Kita / Kindertagespflege: | | | | | |
| Kinderärzte: | | | | | |
| KJA / SPZ: | | | | | |
| Weitere: | | | | | |

Institutionen

Kita / Kindertagespflege:

Kinderärzte:

KJA / SPZ:

Weitere:

2. | Meine Einwilligung erfolgt aus freier Entscheidung. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft teilweise oder vollständig widerrufen kann.

Ich bin damit einverstanden, unter folgender Telefonnummer kontaktiert zu werden _____

Ich habe die Informationen zum Datenschutz erhalten ja

Personensorgeberechtigte*r

Personensorgeberechtigte*r

Unterschrift _____

Ort, Datum _____

Bitte ausfüllen, wenn unter 2 | nur ein Personensorgeberechtigter unterschreibt:

3. | Ich bin bevollmächtigt, auch im Namen des nicht unterzeichnenden Personensorgeberechtigten zu entscheiden.

Name

Datum, Unterschrift