

Einverständniserklärung und Schweigepflichtentbindung



1 | Bitte ausfüllen

| | |
|---|--|
| Name des Kindes | |
| Geburtsdatum | |
| Personensorgeberechtigte*r Name und Anschrift/ Telefonnummer | |
| Personensorgeberechtigte*r Name und Anschrift/ Telefonnummer | |
| Gewöhnlicher Aufenthalt des Kindes | |

2 | Ich bin damit einverstanden, dass ein*e Mitarbeiter*in des Heilpädagogischen Fachdienstes (HPFD) Kreuzberg (Fr. Kriebler/ Fr. von Nagorski) mein Kind in der Kindertageseinrichtung/ Kindertagespflege beobachtet. Ich entbinde die unten genannten Personen und die o. g. Mitarbeiterinnen des HPFD Kreuzberg 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): | Name (der Einrichtung und Gruppe bzw. der Ansprechpartner*innen) | weitergeben | | einholen | |
|---------------------------------|--|-------------|------|----------|------|
| | | Ja | Nein | Ja | Nein |
| Institutionen: | | | | | |
| Kita/ Kindertagespflege: | | | | | |
| weitere: | | | | | |

3 | 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 3 | nur ein Personensorgeberechtigter unterschreibt:

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

| | |
|---------------------|--|
| Name | |
| Datum, Unterschrift | |