

Mit Unterschrift zurück:

Bezirk Schwaben
86147 Augsburg

Einverständniserklärung:

Name des Kindes: _____, geb. : _____

Aktenzeichen (falls bekannt)

Ich/wir, _____, erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass der Bezirk Schwaben -Sozialverwaltung- die im Rahmen der Hilfestellung (z.B. Frühförderung, integrative Betreuung in Kindertageseinrichtungen, Besuch der Heilpädagogischen Tagesstätte, ambulante Begleitung(en), stationäre Internatsbetreuung) erforderliche Auskünfte über mein / unser Kind einholt und die bei Ärzten, Kliniken und Behörden geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenscheine, Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Sozialberichte, ärztliche Stellungnahmen und Gutachten etc.) zur Einsicht heranzieht.

Ich/wir genehmige/n ferner die Verwertung dieser Unterlagen für gutachterliche Stellungnahmen und Atteste und entbinde/n die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/können.

_____, den

(Unterschrift beider Eltern bzw. der/des Sorgeberechtigten)