

Schweigepflichtentbindung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Untersuchungsauftrag: Bedarf einer Schulbegleitung während des Schulbesuchs

Im Rahmen des oben genannten Untersuchungsauftrages entbinde(n) ich/wir, **mein/unser vorgenanntes Kind** betreffend, die nachfolgend aufgeführten Personen in den genannten Institutionen/Praxen von der Schweigepflicht gegenüber den Ärztinnen und Ärzten des Gesundheitsamtes Bielefeld – Kinder- und Jugendgesundheitsdienst –. (Nichtzutreffendes bitte ggf. in der Tabelle unten durchstreichen)

Ferner entbinde(n) ich/wir **mein/unser vorgenanntes Kind** betreffend,

- die Ärztinnen und Ärzte des Gesundheitsamtes Bielefeld – Kinder- und Jugendgesundheitsdienst –
- die Fachkräfte des Fachdienstes Pflege der Stadt Bielefeld

von der Schweigepflicht gegenüber den nachfolgend aufgeführten Personen in den genannten Institutionen/Praxen.

Mit der jeweiligen Weitergabe der notwendigen Unterlagen erkläre(n) ich mich/wir uns einverstanden.

Name, Anschrift der Schule/ Praxis/ Institution	Name der Lehrerin/des Lehrers/ der Fachkraft/ des Arztes/der Ärztin	Letzte Vorstellung
Evangelisches Klinikum Bethel, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)		
Schulamt für die Stadt Bielefeld (bzgl. AO-SF-Verfahren)		
Sozialamt der Stadt Bielefeld, Abteilung für Schwerbehinderten- ausweise (500.322)		

Diese Schweigepflichtentbindung kann mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder in Teilen von mir/uns widerrufen werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Die Daten werden nach der üblichen Aktenaufbewahrungsfrist von 10 Jahren gelöscht.

Bielefeld, den

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten, ggf. des gesetzlichen Betreuers/der gesetzlichen Betreuerin