

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde(n) ich(wir)

Name Personensorgeberechtigte/r: _____

geb.: _____

bezüglich meines(unseres) Kindes: _____

geb.: _____

Frau Dr. Heusler/Frau Dr. Trojanowksi, Frau Fitzner-Dargatz als Mitarbeiterinnen des Landkreises Vorpommern-Rügen, Gesundheitsamt,

und

Frau Klawa/Frau Stand, als Mitarbeiterinnen des Landkreises Vorpommern-Rügen, Sozialhilfeträger

sowie entweder

*) Frühförderstelle des KDW Stralsund e.V., Wiesenstr. 9, 18439 Stralsund

oder

*) Frühförderstelle des KDW Stralsund e.V., Bahnhofstr. 33a, 18528 Bergen auf Rügen

oder

*) Frau Stade, Mobile Frühförderung, Heinrich-Mann-Straße 11, 18437 Stralsund

oder

*) Mobile Frühförderung Lebenshilfe Ostseekreis e.V. Stralsund und Barth

oder

*) Mobile Frühförderung DRK Kreisverband Ribnitz-Damgarten

oder

*) Frau Dunse, REFUGIUM, Stralsunder Chaussee 8, 18528 Bergen auf Rügen

*) Bitte kreuzen Sie nur diejenige Frühförderstelle an, die die Hilfe erbringen soll

sowie den behandelnden Haus-/Kinder-/Facharzt/SPZ:

(Name/Anschrift)

Kindertagesstätte:

(Name/Anschrift)

Therapeuten (z.B. Sprach-, Ergo-, Physiotherapie):

(Name/Anschrift)

von ihrer Schweigepflicht untereinander.

Mir/Uns ist bekannt, dass eine Übermittlung personenbezogener Daten und Sozialdaten entsprechend gesetzlicher Vorgaben aus der Sozialgesetzgebung stattfindet.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

- die bedarfsgerechte Betreuung nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)
- die bedarfsgerechte Betreuung nach dem SGB XII „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“
- sowie nach dem SGB IX „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“

die für meine/unsere Belange wesentlich sind. Ich/Wir ermögliche(n) hiermit die Einholung und Übermittlung von Informationen oder Stellungnahmen. Diese Erklärung ist zu jedem Zeitpunkt widerrufbar. Ansonsten gilt sie über den Tod hinaus. Ich/Wir wurde(n) ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie über die Folgen einer Verweigerung beraten.

Datum

Unterschrift(en) Personensorgeberechtigte(r)

Unterschrift gesetzlicher Betreuer