

Schweigepflichtentbindung

(gem. §35 SGB I; §§67 ff SGB X; §§61 – 65 SGB VIII, § 22 (2), § 23 (2) , § 121 (5) SGB IX)

Betreffend:

Vorname, Name, Geburtsdatum des Kindes/Jugendlichen/jungen Volljährigen

Hiermit entbinde ich,

Vorname, Name, Geburtsdatum des Sorgeberechtigten

Vorname, Name, Geburtsdatum des Sorgeberechtigten

die nachfolgend genannten Personen

Name, Institution

sowie deren Vertretung

Name, Institution

Gegenüber

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kindergarten und Schule | <input type="checkbox"/> Soziale Arbeit an Grundschulen/ Schulsozialarbeit |
| <input type="checkbox"/> Kinder-und Fachärzte, SPZ sowie
Therapeuten | <input type="checkbox"/> zuständigen Mitarbeitenden des jeweiligen
Leistungsanbieters |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt | <input type="checkbox"/> Hausrühförderung |
| <input type="checkbox"/> Kranken-und Pflegekasse, MDK sowie
andere Reha-Träger | <input type="checkbox"/> teilstationären und stationären Einrichtungen, in
der sich das Kind befindet bzw. befand |
| <input type="checkbox"/> Mitarbeitenden des Jugendamtes | <input type="checkbox"/> Mitarbeitende Leistungssachbearbeitung |

von der gegenseitigen Schweigepflicht bezüglich folgender Daten / Informationen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Entwicklungsstand des Kindes/
Jugendlichen | <input type="checkbox"/> Beratungsprozess |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitlicher Zustand des Kindes/
Jugendlichen | <input type="checkbox"/> Kooperation Eltern - Institution |
| <input type="checkbox"/> Psychische Gesundheit des Kindes/
Jugendlichen | <input type="checkbox"/> Gesundheitlicher Zustand Mutter/Vater |
| <input type="checkbox"/> Sozialverhalten des Kindes/ Jugendlichen | <input type="checkbox"/> Psychische Gesundheit Mutter/Vater |
| <input type="checkbox"/> Schulische Leistungen des Kindes/
Jugendlichen | <input type="checkbox"/> Straftaten Mutter/Vater |
| <input type="checkbox"/> Straftaten des Kindes/ Jugendlichen | <input type="checkbox"/> Eltern - Kind Beziehung |
| <input type="checkbox"/> Gutachterliche Stellungnahme im Rahmen der Feststellung einer (drohenden) seelischen
Behinderung gem. §35a SGB VIII | |

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die bedarfsgerechte Beratung und Betreuung nach SGB VIII/ SGB IX im Rahmen der Eingliederung seelisch, geistig und körperlich behinderter Kinder und Jugendlicher.

Ich erkläre mich mit einem Austausch der oben genannten Personen zu den angegebenen Themen ausdrücklich einverstanden.

Ich bin auch damit einverstanden, dass der Gesamt-/ Teilhabeplan und der Kostenbescheid dem jeweiligen Leistungserbringer durch die Eingliederungshilfe übermittelt wird.

Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie über die Folgen einer Verweigerung beraten.

Die Schweigepflichtentbindung gilt bis zur Beendigung des Beratungs-/ Hilfeprozesses oder bis zum Widerruf. Der Widerruf kann jederzeit mit Wirkung in die Zukunft schriftlich erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter

Aufgenommen von:

Ort, Datum

Vorname; Name der Mitarbeiterin/ des
Mitarbeiters