

## Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname (des Kindes)	Geburtsdatum (des Kindes)
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Sorgeberechtigte	
Verarbeiter  Rückenwind e.V. Bernburg, 06406 Bernburg (Saale), Nienburger Str. 24	

Ich gebe meine Einwilligung, dass dem Rückenwind e.V. Bernburg von den Ärzten, den Frühförderstellen, den Therapeuten der Kinder, den Fachdiensten, wie: FD 21 Soziales; FD 22 Jugend und Familie; FD 34 Gesundheit, Auskünfte über mein Kind gegeben und Befunde übersandt werden, die zur Ermittlung des Hilfebedarfes meines Kindes erforderlich sind und diese zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung weiter zu verwenden. Diese Unterlagen dürfen im Rahmen der integrativen Betreuung verwendet und an zuständige Behörden weitergegeben werden.

**Alle Ärzte und Therapeuten, die mein Kind behandeln oder untersucht haben, entbinde ich hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht. Sie sind somit berechtigt, medizinische Unterlagen und Auskünfte über mein Kind herauszugeben.**

**Alle ermittelten Daten unterliegen den Vorschriften des Datenschutzes.**

Diese Erklärung gilt längstens für den Zeitraum der Hilfestellung.

Mir ist bekannt, dass die Schweigepflichtentbindung Voraussetzung der vorgesehenen Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung ist und, dass diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Hierin willige ich ein.

Ort, Datum	eigenhändige Unterschrift
------------	---------------------------