



## Schweigepflichtentbindungserklärung

Kinderarztpraxis Dr. med. Nina Brockhaus und Sabine Backendorf

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Name der Sorgeberechtigten Person(en): \_\_\_\_\_

☐ Kindergarten

☐ Schule

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärztinnen der oben genannten Kinderarztpraxis, sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des oben genannten Kindergartens bzw. der Schule von ihrer Schweigepflicht, soweit es den Austausch von Informationen zum Wohle meines Kindes betrifft.

Diese Entbindung der Schweigepflicht gilt wechselseitig. Das bedeutet, dass sowohl die oben genannte Kinderarztpraxis Informationen mit dem Kindergarten bzw. der Schule austauschen darf, als auch der Kindergarten bzw. die Schule befugt ist, relevante Informationen an die oben genannte Kinderarztpraxis] weiterzugeben. Dies umfasst insbesondere:

- Informationen zum Gesundheitszustand und Entwicklungsstand des Kindes
- Berichte über Auffälligkeiten im Verhalten, in der Entwicklung oder im Lernverhalten
- Informationen zu durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen
- Empfehlungen und Maßnahmen zur Unterstützung des Kindes in der Einrichtung und medizinischen Betreuung

Diese Entbindung gilt bis zum Widerruf, jedoch längstens bis zur Beendigung der Betreuung in der oben genannten Einrichtung oder der medizinischen Behandlung in der oben genannten Kinderarztpraxis.

Diese Schweigepflichtentbindung kann jederzeit widerrufen werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ebenfalls, dass ich im Namen und mit dem Einverständnis aller sorgeberechtigten Personen handle.

---

Ort, Datum und Unterschrift der sorgeberechtigten Person