

Einwilligungserklärung

Ich/Wir

_____, geb. am: _____

_____, geb. am: _____

wohnhaft _____

entbinde/n

<input type="checkbox"/>	den Allgemeinen Sozialdienst Landkreis Goslar
<input type="checkbox"/>	Schulbezogene Bezirkssozialarbeit
<input type="checkbox"/>	Schule (derzeitig besuchte Schule)
<input type="checkbox"/>	die behandelnde Kinderärztin/den behandelnden Kinderarzt
<input type="checkbox"/>	weitere behandelnde (substituierende) Ärztinnen/Ärzte
<input type="checkbox"/>	die gesetzlichen BetreuerInnen (von Mutter und/oder Vater)
<input type="checkbox"/>	das Fachpersonal des Mutter, Vater oder Kind behandelnden Krankenhauses
<input type="checkbox"/>	die Familienhilfe
<input type="checkbox"/>	die Sucht- bzw. / Schuldnerberatungsstelle
<input type="checkbox"/>	das Gesundheitsamt
<input type="checkbox"/>	die Erziehungsberatungsstelle
<input type="checkbox"/>	Jugendgerichtshilfe
<input type="checkbox"/>	die Bußgeldstelle
<input type="checkbox"/>	das Ordnungsamt
<input type="checkbox"/>	sonstige Stellen

gegenseitig von der Schweigepflicht (Zutreffendes ankreuzen sowie Namen angeben und Nichtzutreffendes streichen)
in Bezug auf nachfolgend genannte/s Kind/er:

_____, geb. am: _____

_____, geb. am: _____

Die oben aufgeführte Schweigepflichtentbindung gilt ausschließlich für die Erledigung der fachspezifischen Fragen bei der Betreuung von Mutter, Vater und Kind.
Die Schweigepflichtentbindung erlischt spätestens, wenn ihr Anlass nicht mehr besteht.
Mir/Uns ist bekannt, dass die Schweigepflichtentbindung jederzeit - auch ohne Angabe von Gründen - widerrufen werden kann.

Ort, Datum_____
Unterschrift der/des Einwilligenden