

Kreisgesundheitsamt  
Düsseldorfer Str. 47  
40822 Mettmann

**Entbindung von der Schweigepflicht  
zum Zwecke der heilpädagogischen Frühförderung**  
(Frühe gesundheitliche Hilfen, Eingliederungshilfe)

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass sich zum Zwecke der Abstimmung des Förderbedarfs des Kindes

---

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

die beteiligten Fachkräfte des Kreisgesundheitsamtes (Team „Frühe gesundheitliche Hilfen“, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes) sowie des Begleitenden Dienstes untereinander austauschen können.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass sich die genannten Fachkräfte zum Zwecke der Abstimmung des Förderbedarfs ebenfalls mit externen Ärzten, Therapeuten und Beratungsstellen fachlich austauschen und notwendige Daten (Beobachtungsergebnisse, medizinische Befunde und Gutachten) gegenseitig zur Verfügung stellen. Namentlich sind dies

die behandelnde Kinderärztin/der behandelnde Kinderarzt

---

das Team der zuständigen Frühförderstelle

das Kinderneurologisches oder Sozialpädiatrisches Zentrum

---

das Team der zuständigen Kindertageseinrichtung

---

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ich entbinde die genannten Fachkräfte hiermit von Ihrer Schweigepflicht und erkläre mich mit der Übermittlung von personenbezogenen und gesundheitsrelevanten Daten einverstanden, soweit dies zur Abstimmung des Förderbedarfs erforderlich ist. Die Einwilligung erfolgt durch mich freiwillig. Sie kann jederzeit hinsichtlich des Datenumfanges als auch der beteiligten Einrichtungen beschränkt oder widerrufen werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Erziehungs- bzw.  
Sorgeberechtigten