

## Schweigepflichtentbindung

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und / oder  
Einverständniserklärung für die Weitergabe von pädagogischen, psychologischen und  
therapeutischen Berichte, Stand Juni 2017

Anlass: Klärung von erforderlichen diagnostischen, therapeutischen, Förder- und  
Hilfemaßnahmen für mein Kind im Rahmen der

- Untersuchung und Beratung im Kindergarten
- Untersuchung und Beratung bei Schulbeginn
- Gutachtenerstellung
- Sonstiger Anlass: \_\_\_\_\_

(Nichtzutreffendes streichen)

Ich, \_\_\_\_\_  
(Name u. Anschrift d. Sorgeberechtigten)

bin damit einverstanden, dass die hierfür erforderlichen Befunde bzw. Arztberichte  
über mein Kind

\_\_\_\_\_  
(Name u. Geb.-Datum d. Kindes)

dem Gesundheitsamt des Landkreises Hildesheim zur Einsichtnahme überlassen wird.  
Die zur Beratung hinzugezogenen Ärztinnen und Ärzte, Personen und Einrichtungen

\_\_\_\_\_  
(Name d. behandelnden Ärztin / Arztes bzw. Krankenhauses, der Therapeutin / des Therapeuten, der  
betreuenden Person bzw. Einrichtung)

entbinde ich insofern gegenüber dem Gesundheitsamt von der ärztlichen  
Schweigepflicht und umgekehrt.  
Diese Schweigepflichtentbindung kann widerrufen werden. Sie erlischt mit der  
Erledigung des o.g. Anlasses.

Hildesheim / Alfeld, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift