RHÖN-KLINIKUM
KLINIKUM FRANKFURT (ODER)

Akademisches Lehrkrankenhaus Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hiermit entbinde(n) ich/ wir:

Vor- und Nachname	Geburtsdatum (freiwillig)
PLZ / Wohnort	Straße / Hausnummer
Vor- und Nachname	Geburtsdatum (freiwillig)
PLZ / Wohnort	Straße / Hausnummer

untereinander und gegenüber (gegenseitig)

Frau / Herrn

	Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH **Kinderschutzambulanz** **Müllroser Chaussee 7** **15236 Frankfurt (Oder)**
Name / Vorname der Person	Bezeichnung / Adresse

von der Schweigepflicht. (§203StGB)
Im Wechsel entbinde/n ich/ wir auch diese Personen und Institutionen gegenüber den Mitarbeitenden von der Schweigepflicht:

Unterschrift(en) ggf. Datum

Vermittler von Jugendhilfe (Jugendamt / Wiedereingliederungshilfe):	
KinderärztIn / HausärztIn:	
Andere medizinische Einrichtungen / ÄrztInnen (z.B. SPZ, KJP):	
Träger der Jugendhilfe (Familienhilfe / Einzelfallhilfe / Wohneinrichtung):	

<table>
<tr><td colspan="4">von der Schweigepflicht. (§203StGB)
Im Wechsel entbinde/n ich/ wir auch diese Personen und Institutionen gegenüber den Mitarbeitenden von der Schweigepflicht:
Unterschrift(en) ggf. Datum</td></tr>
<tr><td colspan="2">Kindertagesstätte / Schule / Ausbildungsstelle / Arbeitsplatz / Schulpsychologie / Schulsozialarbeit:</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">Ambulante/r PsychotherapeutIn:</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">Weitere (z.B. Frühförderung / Ergotherapie):</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="5">Diese Erklärung dient dem folgenden Zweck.</td><td>Fachärztliche / medizinische Untersuchung des Kindes</td><td>Name, Vorname, Geburtsdatum</td></tr>
<tr><td colspan="2">Erstellung des Zuweisungsauftrages (Jugendamt)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Austausch zwischen den o.g. Institutionen / Personen</td></tr>
<tr><td colspan="2">Prüfung von medizinischen Unterlagen</td></tr>
<tr><td colspan="2">Erstellung der fachärztlichen Stellungnahme (KIA)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Die Erklärung ist bis auf Widerruf gültig.</td><td colspan="2">Kopie nicht gewünscht
Kopie wurde ausgehändigt</td></tr>
<tr><td>Datum / Unterschrift
1. Sorgeberechtigte(r)</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Datum / Unterschrift
2. Sorgeberechtigte(r)</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Datum / Unterschrift</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td>Fachkraft Jugendamt</td><td colspan="2">Fachkraft Klinik</td></tr>
</table>