

Schweigepflichtentbindungserklärung

1. Personensorgeberechtigte/r

Anrede	Titel (akad.)	Name	Vorname		
Straße		Haus-Nr.	PLZ	Ort	

2. Personensorgeberechtigte/r

Anrede	Titel (akad.)	Name	Vorname		
Straße		Haus-Nr.	PLZ	Ort	

Hiermit entbinde/n ich/wir,

die Ärztinnen/Ärzte und die Psychologinnen/Psychologen des Amtes für Gesundheit und Prävention der Stadt Chemnitz,

Frau Dr. Claudia-Coretta Gerloff-Steiner
Frau Margarita Thoms
Frau Dr. Katrin Wagner
Frau Khadijeh Altawil
Frau Mandy Erdtel

gegenüber

der behandelnden Ärztin/Psychologin bzw. dem behandelnden Arzt/Psychologe,

Anrede	Titel (akad.)	Name	Vorname		
Straße		Haus-Nr.	PLZ	Ort	

der Schulleiterin/dem Schulleiter,

Anrede	Titel (akad.)	Name	Vorname		
Schule					

dem Dolmetscher/der Dolmetscherin bzw. der übersetzenden Begleitung,

Anrede	Titel (akad.)	Name	Vorname		
Straße		Haus-Nr.	PLZ	Ort	

den Schulbehörden des Freistaates Sachsen

von der ärztlichen/psychologischen Schweigepflicht, soweit dies zur Erstellung einer Kinder- und Jugendärztlichen Bescheinigung/Beratung notwendig ist.

Ich bin einverstanden, dass die über mein Kind

Geschlecht: weiblich männlich divers

Name	Vorname	Geburtsdatum	
Straße		Haus-Nr.	PLZ Ort

im Rahmen der Erstellung einer Kinder- und Jugendärztlichen Bescheinigung/Beratung benötigten Befundunterlagen verarbeitet und den oben genannten Personen und Behörden mitgeteilt und/oder ausgehändigt werden.

Diese Schweigepflichtentbindung gilt für den gesamten im Zusammenhang mit der Kinder- und Jugendärztlichen Bescheinigung/Beratung stehenden Vorgang und kann mit Wirkung für die Zukunft beim Amt für Gesundheit und Prävention der Stadt Chemnitz widerrufen werden, sofern dem Widerruf keine Rechtsgründe entgegenstehen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ohne diese Schweigepflichtentbindung keine Bearbeitung dieses Vorganges erfolgen kann.

Diese Schweigepflichtentbindungserklärung ist nur wirksam, wenn sie dem Bedarf entsprechend, vollständig ausgefüllt und nach § 1629 BGB* von beiden Personensorgeberechtigten unterschrieben ist, bzw. eine Kopie des Nachweises des alleinigen Sorgerechtes oder eine entsprechende Vollmacht des anderen Sorgeberechtigten beigelegt ist.

Ort, Datum

Unterschrift 1. Personensorgeberechtigte/r

Ort, Datum

Unterschrift 2. Personensorgeberechtigte/r

* rechtsbedingt in der aktuellen Fassung