Einverständniserklärung und Schweigepflichtentbindung

Berliner Kiebitze
HEILPÄDAGOGISCHER FACHDIENST

1 | Bitte ausfüllen

Name des Kindes	
Geburtsdatum	
Personensorgeberechtigte*r Name und Anschrift/ Telefonnummer	
Personensorgeberechtigte*r Name und Anschrift/ Telefonnummer	
Gewöhnlicher Aufenthalt des Kindes	

2 | Ich bin damit einverstanden, dass ein*e Mitarbeiter*in des Heilpädagogischen Fachdienstes (HPFD) Kreuzberg (Fr. Kriebler, Fr. von Nagorski, Fr. Schütt) mein Kind in der Kindertageseinrichtung/ Kindertagespflege beobachtet. Ich entbinde die unten genannten Personen und die o. g. Mitarbeiterinnen des HPFD Kreuzberg von ihrer Schweigepflicht gemäß § 203 StGB. Ich bin damit einverstanden, dass die genannten beteiligten Personen Informationen und Berichte über den Entwicklungs- und Beratungsverlauf zum Zweck der niedrigschwelligen Beratung bezüglich meines Kindes einholen bzw. weitergeben dürfen.

Bitte ankreuzen (Ja oder Nein):		weitergeben		einholen	
Institutionen:	Name (der Einrichtung und Gruppe bzw. der Ansprechpartner*innen)	Ja	Nein	Ja	Nein
Kita/ Kindertagespflege:					
weitere:					

3 | Meine Einwilligung erfolgt aus freier Entscheidung. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft teilweise oder vollständig widerrufen kann.

Ich bin damit einverstanden, unter folgender Telefonnummer kontaktiert zu werden_____

Ich habe die Informationen zum Datenschutz erhalten ja ☐

	Personensorgeberechtigte*r	Personensorgeberechtigte*r
Unterschrift		
Ort, Datum		

Bitte ausfüllen, wenn unter 3 | nur ein Personensorgeberechtigter unterschreibt:

4 | Ich bin bevollmächtigt, auch im Namen des nicht unterzeichnenden Personensorgeberechtigten zu entscheiden.

Name	
Datum, Unterschrift	