



Urschriftlich zurück:

Bezirk Oberfranken
Sozialverwaltung
Postfach 10 11 52
95411 Bayreuth

Name: _____, geb.: _____

Einverständniserklärung:

Ich/wir, _____, erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass der Bezirk Oberfranken – Sozialverwaltung – die **im Rahmen der Hilfestellung (z. B. Frühförderung, integrative Förderung in der Kindertagesstätte, Besuch der Schultagesstätte, Besuch der SVE-Tagesstätte, ambulante Begleitung(en), stationäre Internatsbetreuung)** erforderlichen Auskünfte über unser Kind einholt und die bei Ärzten, Kliniken und Behörden geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Sozialberichte, ärztliche Stellungnahmen usw.) zur Einsicht heranzieht.

Ich/wir genehmige/n ferner die Verwertung dieser Unterlagen für gutachterliche Stellungnahmen und Atteste und entbinde/n die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

_____, den _____ (Erziehungsberechtigte/r)