

Bitte zurücksenden an:

Bezirk Oberfranken
Sozialverwaltung
Postfach 10 11 52
95411 Bayreuth

Einverständniserklärung (gem. Art. 6 Abs. 1 a, Art. 9 Abs. 2 a Datenschutzgrundverordnung (DSGVO))

Persönliche Angaben des Kindes

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum/-ort	

Ich/wir,

erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass die Sozialverwaltung des Bezirks Oberfranken die **im Rahmen der Hilfgewährung (z. B. Frühförderung, integrative Förderung in der Kindertagesstätte, Besuch der Schultagesstätte, Besuch der SVE-Tagesstätte, ambulante Assistenz(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.

Mein/unser Kind ist aktuell bzw. war zuletzt in ärztlicher Behandlung in folgender Arztpraxis/Klinik:

Name Arztpraxis/Klinik	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Aktuelle mir vorliegende ärztliche Gutachten füge/n ich/wir dieser Erklärung bei.

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

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r