

## Allgemeine Schweigepflichtentbindung

zum Antrag auf Eingliederungshilfe vom \_\_\_\_\_

für das Kind \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung

Ich/Wir bin/sind \_\_\_\_\_  
(Name/n der Erziehungsberechtigten)

damit einverstanden, dass die in dem Antrag gemachten Angaben und die eingereichten Unterlagen im Rahmen der Antragsbearbeitung verwandt werden. Dies gilt auch für die Weiterleitung der vorgelegten ärztlichen Unterlagen an das Gesundheitsamt zwecks Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme sowie der Einholung einer Stellungnahme der Schule.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass ggf. für den Antrag relevante Informationen mit dem Jugendamt und ggf. der Krankenkasse sowie Pflegekasse ausgetauscht werden dürfen.

Außerdem gestatte/n ich/wir den regelmäßigen Austausch zwischen dem Sozialamt und der Schule sowie dem Leistungsanbieter.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass Informationen zum Unterstützungsbedarf meines Kindes (z.B. Schulbericht, Leistungsbeschreibung) an den oder die Leistungsanbieter weitergegeben werden.

### Schweigepflichtentbindung

Ich/Wir entbinde/n die/den behandelnde/n Kinderärztin/ Kinderarzt

\_\_\_\_\_  
(Name, Ort)

sowie

\_\_\_\_\_  
Fach-/Arzt, SPZ o. ä.

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Sozialamt sowie dem ärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes des Kreises Viersen.

**X**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) d. Erziehungsberechtigten