

Kreisausschuss Hersfeld-Rotenburg
FD Gesundheit
Jugendärztlicher Dienst (Schulärztin/Schularzt)

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass der
FD Gesundheit - Jugendärztlicher Dienst - des Kreises Hersfeld-Rotenburg
seine Einschätzung über die Schulfähigkeit meines Kindes mit der Schulleitung besprechen
darf.

mit der Übermittlung von schulrelevanten medizinischen Diagnosen bin ich einverstanden.

mit der Übermittlung von schulrelevanten medizinischen Diagnosen bin ich **nicht**
einverstanden.

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Ihre Angaben sind vertraulich und werden entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht und
dem Datenschutz behandelt.
Auf die aushängenden Informationen nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)
möchten wir hinweisen.
