

Erklärung des betroffenen Hilfesuchenden oder seines gesetzlichen Vertreters

Ich bin über den Zweck dieser Sozialmedizinischen Stellungnahme und den darin vorgeschlagenen Maßnahmen unterrichtet worden und willige ein in die Weitergabe dieser Stellungnahme an:

FD Soziales Hersfeld-Rotenburg

Ich bin damit einverstanden, dass der FD Gesundheit Befunde von Ärzten, Kliniken und Therapeuten, die zur Beurteilung des Gesamtsachverhaltes erforderlich sind, anfordert sowie Auskünfte bei der zuständigen Kindertagesstätte oder Schule einholen darf.

Gleichzeitig bin ich mit der Weitergabe von Daten (z.B.: durch die Schule, Ergotherapie usw.) bei einer notwendigen Nachuntersuchung an das Gesundheitsamt einverstanden.

Ihre Angaben sind vertraulich und werden entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz behandelt.

Auf die aushängenden Informationen nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung möchten wir hinweisen.

Bad Hersfeld, den
(Ort, Datum)

(Unterschrift)

.....

.....