

Entbindung von der Schweigepflicht für den Auftrag an das vorgeschaltete Fallmanagement

Name des Kindes		Geburtsdatum	
Adresse			

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Fachdienst Eingliederungshilfen für Menschen mit Behinderungen des Lahn-Dill-Kreises und die nachfolgend benannte Kindertageseinrichtung sich im Rahmen des vorgeschalteten Fallmanagements wechselseitig austauschen und notwendige Informationen gegenseitig zur Verfügung stellen.

Name der Kindertageseinrichtung	
Anschrift	

Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Fachdienst Eingliederungshilfen für Menschen mit Behinderungen des Lahn-Dill-Kreises und die nachfolgend benannten Stellen/Personen sich im Rahmen der Bearbeitung des Auftrags an das vorgeschaltete Fallmanagement wechselseitig austauschen und notwendige Informationen gegenseitig zur Verfügung stellen.

<input type="checkbox"/> Klinik (Name, Anschrift, Kontaktdaten)
<input type="checkbox"/> Behandelnde/r Kinderarzt/Kinderärztin (Name, Anschrift, Kontaktdaten)
<input type="checkbox"/> Behandelnde/r Arzt/Ärztin, Facharzt/Fachärztin (Name, Anschrift, Kontaktdaten)
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle (Name, Ansprechpartner, Kontaktdaten)
<input type="checkbox"/> Frühförderstelle (Name der Frühförderstelle, Kontaktdaten)
<input type="checkbox"/> Abteilung Gesundheit, Fachdienst Kinder- und Jugendgesundheit des Lahn-Dill-Kreises
<input type="checkbox"/> Sonstige (Name, Funktion, Kontaktdaten)

Ort, Datum

Name/n in Druckbuchstaben

Unterschrift/en