

## Entbindung von der Schweigepflicht

<b>Name des Kindes</b>		<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Adresse</b>			

Ich erkläre 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 meines Antrags auf Eingliederungshilfe und der Gewährung der Eingliederungshilfe wechselseitig austauschen und notwendige Daten gegenseitig zur Verfügung stellen. Meine Einverständniserklärung bezieht sich auf die Beantragung und Gewährung einer Integrationsmaßnahme in der Kindertagesstätte.

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

Ort, Datum

Name/n in Druckbuchstaben

Unterschrift/en