

Landkreis Oberhavel  
 FB Gesundheit  
 FD Gesundheitsfürsorge- und beratung  
 Havelstraße 29  
 16515 Oranienburg

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

### Angaben zum Kind/Jugendlichen

Familienname	ggf. Geburtsname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort	derzeitige Kita/Schule
Anschrift		

Zweck der Untersuchung **Gutachtenerstellung im Rahmen einer beantragten Hilfe nach § 35a SGB VIII (Eingliederungshilfe)**

Für die Erstellung des amtsärztlichen Zeugnisses müssen ggf. weitere Auskünfte (i.S. § 67 SGB X) zu den Befunden eingeholt werden. Bitte tragen Sie hier sämtliche Stellen und Namen der Ärzte ein, von denen Sie Befundberichte/Diagnostiken sowie weitere ärztliche Unterlagen beim Fachbereich Jugend einreichen werden/ingereicht haben bzw. bei denen Unterlagen/Untersuchungsergebnisse über Ihr Kind vorhanden sind:

Ich entbinde hiermit die hinzugezogenen Ärzte und den Arzt und die Psychologen des Gesundheitsamtes bezüglich dieser Auskünfte gegenseitig von der ärztlichen Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der/des Sorgeberechtigten des Kindes/Jugendlichen

**Landkreis Oberhavel**  
**FB Gesundheit**  
**Havelstrasse 29**  
**16515 Oranienburg**  
**Tel: 03301 601-3768**  
**Fax: 03301 601-83768**