

# Einwilligung zur Übermittlung personengebundener Daten (Schweigepflichtentbindung)



Die Daten werden jeweils nur zu dem Zweck verarbeitet/erhoben, zu dem sie übermittelt wurden.

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ/Ort
Telefonnummer	E-Mail-Adresse
Name der Erziehungsberechtigten	Name der Erziehungsberechtigten

Zur Verwendung zwischen der autismusspezifischen Förderkraft Frau Proff-Kruft und der Mitarbeiter/innen folgender Einrichtungen/Behörden:

Name/n der Ansprechperson/en:

Kindergarten/Kindertagesstätte

\_\_\_\_\_

Agentur für Arbeit

\_\_\_\_\_

Jugendamt/Sozialamt

\_\_\_\_\_

Integrationshilfe/Träger der I-hilfe

\_\_\_\_\_

Gesundheitsamt

\_\_\_\_\_

Hausarzt

\_\_\_\_\_

FA f. Kinder- und Jugendpsychiatrie /  
Fachklinik

\_\_\_\_\_

Logopädie

\_\_\_\_\_

weitere Therapeuten (Ergotherapie, ...)

\_\_\_\_\_

Sonstige ( Fachärzte, ...)

\_\_\_\_\_

**Diese Einwilligung zur Übermittlung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift