

Einverständniserklärung (Ärzte)



Kinderhäuser gGmbH Oderland
Anerkannter Träger der freien Jugendhilfe

für: _____

geboren: _____

Hiermit entbinde ich

Ärzte

Therapeuten

das Sozialpädiatrische Zentrum und die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

sonstige: _____

die das/den oben genannte Kind/Jugendlichen behandeln, von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitern der Kinderhäuser gGmbH Oderland. Ich bin damit einverstanden, dass medizinische und persönliche Daten ausgetauscht und ggf. Fotokopien angefertigt werden.

Die Mitarbeiter der Kinderhäuser gGmbH Oderland sind berechtigt, Behandlungen leichter Erkrankungen, gewöhnliche ärztliche und zahnärztliche Vorsorge- und Routinebehandlungen vornehmen zu lassen.

Hiermit bin ich damit einverstanden, dass das/der o.g. Kind/Jugendliche geimpft wird. Grundlage sind die Impfempfehlungen des Robert-Koch-Institutes.

Bei Gefahr in Verzug sind alle Rechtshandlungen bzw. Untersuchungen vorzunehmen, die zum Wohl des Kindes bzw. dem Jugendlichen notwendig sind.

Ich bin unverzüglich von der Jugendhilfeeinrichtung davon zu informieren.

Diese Einverständniserklärung gilt bis zum Widerruf oder der Entlassung des Kindes bzw. des Jugendlichen aus der Betreuung der Jugendhilfeeinrichtung.

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift