

Hiermit entbinde(n) wir/ich

Name der/des Sorgeberechtigten_____

die Klinik/ die Praxis_____

von der Schweigepflicht gegenüber dem Jugendamt_____

bezüglich der Stellungnahme nach §35a SGBVIII (Eingliederungshilfe) für mein Kind

Name des Kindes_____

Ich bin damit einverstanden, dass eine ärztliche Stellungnahme an das Jugendamt weitergeleitet wird, um den Hilfebedarf aus ärztlicher Sicht zu schildern. Desweiteren bin ich damit einverstanden, dass das Jugendamt_____ seinerseits gegenüber der Klinik/Praxis_____ Informationen zur Hilfeplanung weitergeben darf.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter_____

Unterschrift Sorgeberechtigter_____