



Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. R. Berner

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie

Direktor: Prof. Dr. med. G. Fitze

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. med. V. Rößner

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus • Fetscherstr. 74 • 01307 Dresden

Einwilligungserklärung

Hiermit stimme ich einem Austausch relevanter Daten zum weiteren gesundheitlichen und sozialen Verlauf meines Kindes zwischen dem Jugendamt und den behandelnden Ärzten meines Kindes zu. Zu diesem Zweck entbinde ich

die behandelnden Ärzte _____,

den Sozialdienst _____

und das Jugendamt _____

von der jeweiligen Schweigepflicht. Ich habe die Möglichkeit meine Einwilligung der Übermittlung der Daten jederzeit zu widerrufen.

Name, Vorname
des Kindes: _____

Geboren am: _____

Wohnhaft: _____

Name des/der
Sorgeberechtigten _____

Dresden, _____

Unterschrift des /der Sorgeberechtigten

(Falls nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt, wird auch das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt oder das alleinige Sorgerecht des Unterzeichners erklärt.)