

## Entbindung von der Schweigepflicht

**Ich erkläre mich / Wir erklären uns** damit einverstanden, dass die MitarbeiterInnen der Interdisziplinären Frühförderstelle (IFF) **Das Rauhe Haus** im Rahmen der diagnostischen und therapeutischen Betreuung unseres Kindes:

\_\_\_\_\_, geb.: \_\_\_\_\_

sachbezogene Informationen von folgenden Ärzten:

**1. dem überweisenden Vertragsarzt**

**2.**

**pp**

und von folgenden anderen, mit dem Kind befasste Stellen

**1.**

**2.**

**3.**

**pp**

einholen kann.

**Ich bin / wir sind damit einverstanden**, dass die IFF von den o. g. Ärzten und von den o. g. anderen Stellen Befunde erhält, die im Rahmen der Interdisziplinären Frühförderung erforderlich sind. Diese medizinischen Befunde werden nicht an die Rehabilitationsträger (Sozialhilfeträger und Krankenkasse) weitergegeben, fließen aber in die Diagnostik und den Förder- und Behandlungsplan ein. Der Förder- und Behandlungsplan wird als Antrag an die zuständigen Rehabilitationsträger (Sozialhilfeträger und Krankenkasse) gesandt.

Ort, Datum

Unterschrift (Sorgeberechtigte/r des Kindes)

**Ich bin / wir sind damit einverstanden**, dass die Ergebnisse der Diagnostik und der Förder- und Behandlungsplan an folgende Stellen übermittelt werden:

die zuständigen Rehabilitationsträger (Sozialhilfeträger und Krankenkasse)

den unter 1. genannten Arzt

Sonstige Stellen \_\_\_\_\_

Über den Inhalt und Umfang der übermittelten Dokumente werde ich von der Interdisziplinären Frühförderstelle informiert.

**Der bewilligende Rehabilitationsträger informiert den jeweils anderen Rehabilitationsträger über den Antrag.**

Ort, Datum

Unterschrift (Sorgeberechtigte/r des Kindes)