

EINWILLIGUNG ZUM DATENAUSTAUSCH ZWISCHEN KINDERTAGESSTÄTTE UND Therapiepraxis Arztpraxis Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) Frühförderung

Name und Anschrift der Kindertagesstätte:

.....
.....
.....

Name und Anschrift der betreuenden Stelle:

.....
.....
.....

Name des Kindes:

Das oben genannte Kind wird in der o.g. Kindertagesstätte betreut und ist gleichzeitig in Betreuung/Behandlung bei der oben näher bezeichneten Stelle.

Um die Förderung des Kindes optimal aufeinander einzustellen, ist eine fachliche Zusammenarbeit der päd. Fachkräfte mit der betreuenden/behandelnden Stelle notwendig. Hierzu gehören gemeinsame Gespräche über:

- den Gesundheitszustand des Kindes,
- den Entwicklungsstand und die besonderen Bedürfnisse des Kindes,
- die jeweils vorzunehmenden Förderungsmaßnahmen und Unterstützungsleistungen,
- den Behandlungsfortschritt und die Wirkungen auf die Entwicklung des Kindes.

Die Personensorgeberechtigten erklären ihr Einverständnis, dass die zuständigen Fachkräfte der Kita mit der betreuenden/behandelnden Stelle in der genannten Weise zum Wohl des Kindes zusammenarbeiten und die hierfür erforderlichen Informationen zwischen den Beteiligten ausgetauscht werden.

Diese Einwilligung wird freiwillig erteilt. Die Personensorgeberechtigten sind darüber informiert worden:

- dass die Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen werden kann, ohne dass das Kind hierdurch Nachteile hat,
- dass die Einwilligung automatisch mit dem Ende des Betreuungsvertrages erlischt,
- dass sie in Gespräche einbezogen werden, wenn über die Lebenssituation des Kindes in der Familie gesprochen werden soll,
- dass sie ein Recht auf Einsicht in alle Unterlagen haben, die das eigene Kind betreffen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschriften aller Personensorgeberechtigter