

**Einwilligungserklärung gemäß Art. 6 Abs. 1a Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)
mit Schweigepflichtentbindung**

Name des Kindes: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass nachfolgende Mitarbeiter*innen des Sozialen Dienstes des Jugendamtes MK zum Zwecke der Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben (Prüfung von Hilfen zur Erziehung, Kinderschutz, u.a.) Informationen und Unterlagen (einschließlich psychologischer und ärztlicher Befunde) einholen dürfen.

Mitarbeiter*in: _____
Vertretung: _____

Die Informationen und Auskünfte dürfen eingeholt werden bei

Kindertageseinrichtung: _____
Schule: _____
Kinderarzt: _____
Beratungsstelle: _____
Kinder- u. Jugendpsychiatrie: _____
Sonstige: _____

Ebenfalls entbinde ich die genannten Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht gegenüber den o.g. Institutionen und Personen.

Ich bin über die verwendeten Dokumentationssysteme und die berufliche Schweigepflicht der Mitarbeiter*innen informiert worden. Mit der elektronischen Erfassung persönlicher Daten und deren Verarbeitung im Sozialen Dienst bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit einen Anspruch auf Auskunft über die von mir erhobenen Daten habe, dass ich der Speicherung meiner Daten jederzeit widersprechen kann. Mir ist auch bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann und bei einer Verweigerung der Einwilligung die Prüfung von Hilfen zur Erziehung nicht möglich ist.

Eine Weitergabe meiner Daten an Einzelpersonen, Institutionen und Behörden zu einem anderen Zweck als den oben angegebenen findet ohne meine Zustimmung nicht statt.

Ort, Datum: _____

Vater/Mutter: _____

Vormund: _____

Heranwachsender: _____