

Name der Klinik

Logo der  
Klinik

Name der Abteilung

Direktor: *bitte ergänzen!*

Adresse der Klinik

### Einwilligungserklärung

Hiermit stimme ich der körperlichen Untersuchung (einschließlich gynäkologischen Untersuchung)\* meines Kindes zu.  
Ich bin damit einverstanden, dass zu Dokumentationszwecken Fotos aufgenommen werden.

Name, Vorname  
des Kindes:

\_\_\_\_\_

Geboren am:

\_\_\_\_\_

Wohnhaft:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich wurde über den Umfang der körperlichen Untersuchung und der fotografischen Dokumentation aufgeklärt und bin einverstanden.

Dresden, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Unterschrift des /der Sorgeberechtigten

\* *Unzutreffendes streichen!*

Name der Klinik

Logo der  
Klinik

Name der Abteilung

Direktor: *bitte ergänzen!*

Adresse der Klinik

### Einwilligungserklärung

Hiermit stimme ich dem Datenaustausch zum Schutz des Kindeswohls zu. Damit ist der Austausch relevanter Daten zum weiteren gesundheitlichen und sozialen Verlauf meines Kindes zwischen Jugendamt und den behandelnden Ärzten meines Kindes möglich.

Zu diesem Zweck entbinde ich sowohl die behandelnden Ärzte und den Sozialdienst als auch das Jugendamt von der jeweiligen Schweigepflicht. Ich habe die Möglichkeit meine Einwilligung zum Datenaustausch jederzeit zu widerrufen.

Name, Vorname  
des Kindes:

\_\_\_\_\_

Geboren am:

\_\_\_\_\_

Wohnhaft:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name des / der  
Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_

Dresden, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Unterschrift des /der Sorgeberechtigten