

Präventionsprogramm der Landeshauptstadt Düsseldorf
Zukunft für Kinder in Düsseldorf

Einverständniserklärung

betr. Kind: _____

Nachname, Vorname

Die Frauen- und Kinderkliniken, niedergelassenen Fachärzte, Hebammen und Sozialen Dienste in Düsseldorf haben sich in Zusammenarbeit mit Gesundheitsamt und Jugendamt zur Aufgabe gemacht, drohenden Erkrankungen und Störungen der Entwicklung bei Kindern mit begleitender medizinischer Betreuung und der frühzeitigen Einleitung notwendiger Hilfen im Rahmen des gemeinsamen Programms „Zukunft für Kinder“ in Düsseldorf zu begegnen. Das Informationsblatt zu diesem Programm habe ich erhalten und gelesen.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass auch mein/unser Kind im Interesse bestmöglicher Behandlung und optimaler Chancen für seine zukünftige Entwicklung zu diesem Betreuungs- und Förderungsangebot innerhalb des Programms „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ angemeldet wird. Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Den Besuch beim Kinderarzt möchte/n ich/wir in den vorgesehenen monatlichen Abstände wahrnehmen.

Der Mitteilung medizinischer Befunde und Informationen zu meinem/unserm Kind an die medizinischen MitarbeiterInnen in der Clearing-Stelle des Programms „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ und der weiteren Datenerhebung durch diese Clearing-Stelle stimme/n ich/wir zu. Insoweit entbinde/n ich/wir die beteiligten Ärzten und Ärztinnen, sowie das klinisches Fachpersonal oder Vermittler von ihrer Schweigepflicht.

Telefonzentrale
0211.89-91

Internet
www.duesseldorf.de

gesundheitsamt@
duesseldorf.de

Sprechzeiten
Montag bis Donnerstag
8.00 bis 15.00 Uhr
Freitag
8.00 bis 13.00

U-Bahn
U75
Lierenfeld Betriebshof

Bankkonto
Stadtsparkasse
Düsseldorf
IBAN DE61 3005 0110
0010 0004 95
BIC DUSSEDDXXX

Gläubiger-ID
DE15DUS00000011727

Datum

Unterschrift