



## Einwilligungserklärung zur Aufnahme in die HPT- übergreifende Vormerkliste

Hin und wieder kann es vorkommen, dass eine Einrichtung, bei der Sie ihr Kind angemeldet haben, keinen oder keinen adäquaten Platz bieten kann, wohingegen eine andere unserer Einrichtungen dies könnte. Wir möchten Ihnen deshalb die Möglichkeit geben, Ihr Kind auf eine Vormerkliste zu setzen, um somit die Chance auf eine schnelle und geeignete Platzfindung in einer unserer Einrichtungen erhöhen zu können.

Untenstehend können Sie nun auswählen, für welche Einrichtung(en) die Vormerkung erfolgen soll:

- Heilpädagogische Tagesstätte Aich
- Heilpädagogische Tagesstätte Am Schulweg
- Heilpädagogische Tagesstätte Pucher Straße
- Heilpädagogische Tagesstätte Brucker Kinderhaus
- Heilpädagogische Tagesstätte 3/Die Feldmäuse
- Heilpädagogische Tagesstätte - Schulvorbereitende Einrichtung

### Angaben zum Kind:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Wohnort: \_\_\_\_\_

Bisher besuchte Einrichtungen: \_\_\_\_\_

Anmeldung empfohlen / unterstützt durch: \_\_\_\_\_

Screening Termin: \_\_\_\_\_

Unsere Einschätzung (Screening): \_\_\_\_\_

Kommentar: \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich / willigen wir in die Verarbeitung der oben genannten Daten zu meinem Kind zur Aufnahme in die HPT-übergreifende Vormerkliste ein. Mir / Uns ist bewusst, dass alle oben aufgeführten Einrichtungen in den Prozess der Koordination und Planung zur Aufnahme in die HPT-übergreifende Vormerkliste involviert sind und somit Zugriff auf die hier hinterlegten Daten haben. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten / Personensorgeberechtigten



## Schweigepflichtentbindung

Hiermit erkläre ich mich / wir uns einverstanden,  
dass Mitarbeitende der \_\_\_\_\_ (Name der Einrichtung)  
der Stiftung Kinderhilfe Fürstenfeldbruck streng vertrauliche schriftliche und mündliche Informa-  
tionen sowie Daten zur Gesundheit  
über unser Kind \_\_\_\_\_ (Vorname, Name), die zum  
Aufnahmeverfahren und während der Förderung in unserer Einrichtung und für den weiteren  
Werdegang hilfreich sind, mit folgenden Stellen gegenseitig austauschen:

- Heilpädagogische Tagesstätte Aich
- Heilpädagogische Tagesstätte Am Schulweg
- Heilpädagogische Tagesstätte Pucher Straße
- Heilpädagogische Tagesstätte Brucker Kinderhaus
- Heilpädagogische Tagesstätte 3/Die Feldmäuse
- Heilpädagogische Tagesstätte - Schulvorbereitende Einrichtung
- Externe PsychologInnen/TherapeutInnen

Name, Adresse:

---

Behandelnder Arzt (Kinderfacharzt, Allgemeinarzt)

Name, Adresse:

---

Sonstige Stellen / Institutionen / Personen

Name, Adresse:

---

Die Schweigepflichtentbindung ist gültig bis zum Abschluss der heilpädagogischen Maßnahme.  
Mir ist bekannt, dass ich diese jederzeit verändern und widerrufen kann.

\_\_\_\_\_ (Ort), den \_\_\_\_\_ (Datum)

Unterschrift der Erziehungsberechtigten / Personensorgeberechtigten

---