



## Präventionsprogramm Zukunft für Kinder in Düsseldorf

### Einverständniserklärung

**betr. Kind:**

---

Nachname, Vorname

Frauen- und Kinderkliniken, niedergelassene Fachärzte, Hebammen und Soziale Dienste in Düsseldorf haben es sich in Zusammenarbeit mit Gesundheitsamt und Jugendamt zur Aufgabe gemacht, drohenden Erkrankungen und Störungen der Entwicklung bei Kindern mit begleitender medizinischer Betreuung und frühzeitiger Einleitung notwendiger Hilfen im Rahmen des gemeinsamen Projektes „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ zu begegnen. Das Informationsblatt zu diesem Projekt habe/n ich/wir 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 Projektes „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 Abständen wahrnehmen.

Der Mitteilung medizinischer Befunde und Informationen zu meinem/unserem Kind an die kinderärztliche Leitung und deren medizinische MitarbeiterInnen in der Clearing-Stelle des Projektes „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 Ärzte und Ärztinnen von ihrer Schweigepflicht.

---

Datum

---

Unterschrift

Telefonzentrale  
0211.89-91  
[www.duesseldorf.de](http://www.duesseldorf.de)

U-Bahn U 75, U 76  
Handelszentrum

Bus 732  
Bahn 706

U-Bahn U 74, U 77  
Oberbilkler Markt

Stadtsparkasse Düsseldorf  
10000495  
BLZ 30050110

Postbank Essen  
3269-431  
BLZ 36010043