



**Einverständniserklärung zur Weitergabe der Telefonnummer/n an dem  
Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes Landkreis Saalekreis**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/n \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wir/Ich sind/bin damit einverstanden, dass die oben angegebene/n Telefonnummer/n an den Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes Landkreis Saalekreis für Terminvereinbarungen zur Schuluntersuchung oder Terminveränderungen weitergegeben werden darf/dürfen.

- Ja, darf/dürfen an das Gesundheitsamt weitergegeben werden
- nein, darf/dürfen nicht an das Gesundheitsamt weitergegeben werden

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Sorgeberechtigten