Name und Schulstempel

Anschrift der Schule

**Entbindung der Schweigepflicht**

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Kindes |  |
| Geburtsdatum |  |
| Anschrift |  |
| Erziehungsberechtigte |  |
| Telefon/ E-Mail |  |

Ich bin/wir sind damit einverstanden,

dass Herr/Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Daten, Berichte und Unterlagen über mein/unser Kind zur Verfügung gestellt bekommt bzw. sich besprechen und austauschen darf.

Die Schweigepflichtenentbindung bezieht sich auf:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Name und Anschrift |
| Klinik |  |
| Arzt |  |
| Kindergarten |  |
| Therapeuten |  |
| Jugendamt |  |
| Beratungsstelle |  |
| ASKO |  |
| Schule |  |
| Polizei |  |
|  |  |

Die MitarbeiterInnen sind verpflichtet, die Information vertraulich zu behandeln.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift d. Erziehungsberechtigten