

Entbindung von der Schweigepflicht

(jeweils eine Durchschrift für Schülerin/Schüler bzw. Erziehungsberechtigte und sozialpädagogische Fachkraft)

Name der Schülerin / des Schülers: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____

Hiermit entbinde ich die sozialpädagogische Fachkraft gegenüber

- der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter des ASD Frau/Herrn: _____
- der Familienhelferin/dem Familienhelfer Frau/Herrn: _____
- der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter der Beratungsstelle Frau/Herrn: _____
- der Schulpsychologin/dem Schulpsychologen Frau/Herrn: _____
- der Lehrkraft Frau/Herrn: _____
- weiteren Personen Frau/Herrn: _____

hinsichtlich folgender Fragen:

von der Schweigepflicht.

Hiermit entbinde ich

- die Ärztin/ den Arzt meines Kindes Frau/Herrn: _____
- die Mitarbeiterin/den Mitarbeiter des ASD Frau/Herrn: _____
- die Familienhelferin/den Familienhelfer Frau/Herrn: _____
- die Mitarbeiterin/den Mitarbeiter der Beratungsstelle Frau/Herrn: _____
- die Schulpsychologin/den Schulpsychologen Frau/Herrn: _____
- weiteren Personen Frau/Herrn: _____

gegenüber der Schulsozialarbeiterin/dem Schulsozialarbeiter von der Schweigepflicht bezüglich folgender Fragen:

Diese Einwilligung kann ich/können wir jederzeit für die Zukunft widerrufen. Auf die Bedeutung der Erteilung einer Schweigepflichtentbindung wurde hingewiesen.

Datum: _____

Unterschrift der Schülerin/des Schülers bzw. der/des Erziehungsberechtigten:
