

# Entbindung von der Schweigepflicht

Zur zielgerichteten Unterstützung ist eine gegenseitige Entbindung von der Schweigepflicht hilfreich. Wir bitten Sie daher beide Seiten dieses Formulars auszufüllen.

## Schule → Externe

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

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

Hiermit entbinde ich die **Lehrkraft** Frau/Herrn:

\_\_\_\_\_

**der Grundschule Am Jacobiwäldchen** gegenüber

der **Familienhelferin**/dem Familienhelfer Frau/Herrn:

\_\_\_\_\_

der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter der **Beratungsstelle** Frau/Herrn:

\_\_\_\_\_

der Schulpsychologin/dem **Schulpsychologen** Frau/Herrn:

\_\_\_\_\_

der **Lehrkraft** Frau/Herrn:

\_\_\_\_\_ der Schule \_\_\_\_\_

**weiteren Personen** Frau/Herrn:

\_\_\_\_\_

hinsichtlich folgender Fragen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

von der Schweigepflicht.

## Externe → Schule

Hiermit entbinde ich

die **Ärztin/** den **Arzt** meines Kindes Frau/Herrn:

\_\_\_\_\_

die **Familienhelferin/**den Familienhelfer Frau/Herrn:

\_\_\_\_\_

die Mitarbeiterin/den Mitarbeiter der **Beratungsstelle** Frau/Herrn:

\_\_\_\_\_

die Schulpsychologin/den **Schulpsychologen** Frau/Herrn:

\_\_\_\_\_

**weitere Personen** Frau/Herrn:

\_\_\_\_\_

**gegenüber der Grundschule Am Jacobiwäldchen** 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

-jeweils eine Durchschrift für Erziehungsberechtigte und sozialpädagogische Fachkraft-