Name Sorgeberechtigte/r:

Straße:

Wohnort:

***Schweigepflichtentbindung gem. § 203 StGB und §65 SGB VIII***

Hiermit entbinde/n ich/wir (Namen)

Ja Nein

den Fachdienst,

den behandelnden Arzt,

die Schule,

die Beratungsstelle,

den Kindergarten,

das Gesundheitsamt,

das Sozialamt,

das Job Center,

gegenseitig von der Schweigepflicht und erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass sie sich gegenseitig Auskünfte über mich/uns und mein/unserer Kind(er)       erteilen.

Zweck der Datenerhebung, des Datenaustausches (Was wird ausgetauscht?):

Die Entbindung von der Schweigepflicht ist gültig bis:

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir diese Entbindung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift(en)  Personensorgeberechtigte/r |