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 |