

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich/Wir, _____

wohnhaft in _____

entbinde/n als gesetzliche/r Vertreter von

_____, geboren am _____

- die Mitarbeiter des Schulpsychologischen Dienstes
Name: Frau Eben Tel: (09191) 70 99 45
- die Lehrkräfte meines/unseres Kindes
- die behandelnden *Ärzte und* Therapeuten meines/unseres Kindes
Name: _____ Tel: _____
Name: _____ Tel: _____
Name: _____ Tel: _____
- die Mitarbeiter der Offenen Ganztagsbetreuung
Name: _____ Tel: _____
- die Mitarbeiter des Mobilen Sonderpädagogischen Dienstes
Name: _____ Tel: _____
- die Mitarbeiter des Jugendamtes
Name: _____ Tel: _____
- die Mitarbeiter der Erziehungsberatungsstelle
Name: _____ Tel: _____
- _____

(Nichtzutreffendes durchstreichen und Namen/Kontaktdaten ergänzen)

jeweils wechselseitig von ihrer Schweigepflicht.

Sollte eine ambulante oder stationäre Behandlung meines/unseres Kindes in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie notwendig sein, so gilt diese Entbindung von der Schweigepflicht auch für die dortigen Ärzte und weiteren Mitarbeiter (Therapeuten *und* Lehrkräfte der Klinikschule).

Ort, Datum

Unterschrift/en des/der Erziehungsberechtigten
bzw. des/r volljährigen Schülers/in