



## Einverständniserklärung

### Entbindung von der Schweigepflicht

|          |  |
|----------|--|
| Name(n): |  |
|          |  |
| Adresse  |  |
|          |  |

Hiermit erkläre ich mich/ erklären wir uns als

☐ Eltern      ☐ alleinerziehende Mutter      ☐ alleinerziehender Vater      ☐ Erziehungsberechtigte

damit einverstanden, dass

☐ die Klassenlehrerin/ der Klassenlehrer

☐ die Sonderpädagogin/ der Sonderpädagoge/ die sonderpädagogische Fachkraft

☐ die Sozialpädagogische Fachkraft für die Schuleingangsphase

☐ die Schulsozialarbeiterin/ der Schulsozialarbeiter

☐ \_\_\_\_\_

im Rahmen der Zusammenarbeit befugt ist/ sind,

über mein/ unser Kind \_\_\_\_\_

sachbezogene Informationen von den nachfolgend aufgeführten Stellen und Einrichtungen einzuholen:

☐ die behandelnden Ärzte: \_\_\_\_\_

☐ die behandelnden Therapeuten: \_\_\_\_\_

☐ das Jugendamt: \_\_\_\_\_

☐ sonstige Institutionen: \_\_\_\_\_

Gleichermaßen entbinde ich/ entbinden wir o.g. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegenüber den genannten Institutionen von der Schweigepflicht.

Diese Schweigepflichtsentbindung kann jederzeit in einzelnen Bereichen oder insgesamt widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift