Allgemeine Schweigepflichtentbindung S1

**Entbindung von der Schweigepflicht**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname des Kindes | Geburtsdatum, Geburtsort |
| Name, Vorname der Mutter sorgeberechtigt ja 󠄀󠄀 nein 󠄀󠄀 | Name, Vorname des Vaters sorgeberechtigt ja 󠄀󠄀 nein 󠄀󠄀 |
| Anschrift / Telefon der Mutter | Anschrift / Telefon des Vaters |

Hiermit entbinde ich den/die Mitarbeiter/in der …………………………………………………………

der Institution ………………………………………………………………………………………………

zum Zwecke der Aufgabenerfüllung von der Schweigepflicht gem. §203 StGB / §65 SGB VIII gegenüber folgenden Fachkräften:

O die Lehrkräfte, die o.g. Schüler/in unterrichten und die Schulleitung

O die Mitarbeiterin / dem Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialen Dienstes

O die Ärztin/den Arzt

O die Mitarbeiterin / den Mitarbeiter der Beratungsstelle

O die Schulpsychologin / den Schulpsychologen

O die Beauftragten für Schulabsentismus beim Staatliche Schulamt Heilbronn

O …………………………………………………………………………

O …………………………………………………………………………

hinsichtlich folgender Sachverhalte:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

O Gleichzeitig entbinde ich auch die oben aufgeführten Fachkräfte von der Schweigepflicht in Bezug auf die genannten Sachverhalte gegenüber der Mitarbeiter/in der ……………
………………………………………………………………………………………………………

Diese Einwilligung soll gelten bis: …………………………………………….

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

……………….................................. …………………………………………………

Ort, Datum Unterschrift der Sorgeberechtigten