

## Entbindung der Schweigepflicht

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Name, Vorname des Kindes: |  |
| geboren am:               |  |
| Anschrift:                |  |

|                                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|
| Ich bin/ Wir sind damit<br>einverstanden, dass die<br>Lehrkraft |  |
|                                                                 |  |

bezüglich meines/ unseres Kindes mit folgender Person gegenseitig schriftliche und mündliche Informationen austauschen darf.

|                                              |                                                                                                            |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                              |                                                                                                            |
| Einrichtung/ Person<br>Telefonnummer, E-Mail | (Klinik, Jugendamt, Schulpsychologie, Schule, Sozial-psychiatrischer Dienst,<br>Nachmittagsbetreuung etc.) |

Zum Zwecke:

|  |
|--|
|  |
|--|

|       |                                                      |
|-------|------------------------------------------------------|
| Datum | Unterschrift (en) des/ der Personensorgeberechtigten |
|-------|------------------------------------------------------|

- ☐ Ich handle im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil
- ☐ Ich habe das alleinige Sorgerecht

Die ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht. Diese Erklärung über die Befreiung von der Schweigepflicht kann jederzeit schriftlich von den Personensorgeberechtigten widerrufen werden.