

Absender

Name:
 Straße:
 PLZ/Ort:

Einverständniserklärung für die Entbindung von der Schweigepflicht

Arbeitshilfen

Zugunsten der besseren Lesbarkeit verzichten wir auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen. Die Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter.

Name		Vorname	
Straße			Haus-Nr.
PLZ	Ort	Ortsteil	
Telefon		E-Mail	

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass

Institution/Person			
Straße			Haus-Nr.
PLZ	Ort	Ortsteil	
Telefon		E-Mail	

in Belangen meines Kindes

Name		Vorname	
Geburtsdatum			

Informationen und Unterlagen austauscht mit

Institution/Person			
Straße			Haus-Nr.
PLZ	Ort	Ortsteil	
Zweck			
Zeitraum		von	
		bis	

Ich entbinde die beteiligte Fachkraft hiermit von ihrer Schweigepflicht.

Ich/wir sind darauf hingewiesen worden, dass ich/wir berechtigt sind, diese Schweigepflichtsentbindung jederzeit ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Diese Einwilligung gilt bis sie schriftlich zurückgenommen wurde.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Personensorgeberechtigten _____