

# Entbindung von der Schweigepflicht

Auszufüllen von Personensorgeberechtigten

Vor-/Nachname Personensorgeberechtigte\*r

Vor-/Nachname Personensorgeberechtigte\*r

Name des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Name des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Ich/Wir einbinde/n für das/die genannte/n Kind/er und für mich/uns selbst folgende unten aufgeführte Institutionen und Personen gegenseitig von der Schweigepflicht. Diese Institutionen und Personen dürfen sich im Rahmen der Zusammenarbeit austauschen.  
Mit ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte\*r

Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte\*r

Auszufüllen von der Kindertageseinrichtung

Frau/Herrn:

Name der\*des Mitarbeiter\*in

Name der\*des Mitarbeiter\*in

von/aus der Kindertageseinrichtung:

Name/Stempel der Einrichtung

ist gegenüber dem/den

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sozialpädagogischer Dienst im Jugendamt               | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) |
| <input type="checkbox"/> Erziehungs- und Familienberatungsstelle im Jugendamt  | <input type="checkbox"/> Schule                                     |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst im Jugendamt | <input type="checkbox"/> Arzt/Therapeut                             |

Andere:

von der Schweigepflicht entbunden.

Diese Erklärung gilt bis:

Sie dient folgendem Zweck

Sie bezieht sich im Einzelnen auf folgende Unterlagen bzw. personenbezogene Daten:

Verteiler:

- Adressat\*in     
  Personensorgeberechtigte\*r     
  Akte

Sonstige: