

Erklärung zur Schweigepflichtentbindung, Gestattung zur Akteneinsicht sowie zur Überprüfung und Verarbeitung personenbezogener Daten.

Angaben zum Kind

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):

Angaben zu den Sorgeberechtigten/ Eltern

Name, Vorname

Name, Vorname

Ich/ wir entbinden die zuständige Mitarbeiterin/ den zuständigen Mitarbeiter von der Schweigepflicht (im Sinne einer gegenseitigen Schweigepflichtentbindung) hinsichtlich der Herausgabe von Informationen zu meinem/ unserem Kind.

Hinweis: Die Schweigepflichtentbindung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

(Bitte entsprechendes ankreuzen und jeweils genaue Bezeichnung)

	Name/ Anschrift der Institution	Ansprechpartner
<input type="checkbox"/> Jugend-und Sozialamt		
<input type="checkbox"/> Kinder- und Gesundheitsdienst im Gesundheitsamt		
<input type="checkbox"/> schulpsychologische Beratung		
<input type="checkbox"/> vorschulische Einrichtung		
<input type="checkbox"/> schulische Einrichtung		
<input type="checkbox"/> andere Einrichtungen		

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten