



## Entbindung von der Schweigepflicht

### Hiermit erteile/n ich/wir

.....  
Name/n, Vorname/n der/des Erziehungsberechtigten

.....  
Straße, Hausnr.

.....  
PLZ, Ort

.....  
Tel.

### für mein/unser Kind

....., geb. ....

**meine/unsere Einwilligung, dass die Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle bei den Mitarbeitern von** (bitte Zutreffendes ankreuzen und Namen der Personen/Einrichtungen nennen)

vorschulischen Einrichtungen, z.B. Kindergarten, SVE:

.....

Schulen: .....

medizinischen Diensten (z.B. Kinderarzt, Gesundheitsamt, Fachärzte):

.....

Jugendamt, Allgemeinem Sozialdienst (ASD):

.....

Beratungs- und Therapieeinrichtungen sowie

.....

anderen Stellen: .....

**Informationen einholen und Einsicht in diagnostische und therapeutische Daten nehmen dürfen.**

**Informationen weitergeben dürfen.**

Die Schweigepflichtsentbindung ist gültig bis auf Widerruf.

Mit einem Foto meines/unsere Kindes in den Unterlagen der Beratungsstelle bin ich/sind wir einverstanden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten