

Entbindung von der Schweigepflicht (gem. § 203 StGB)

Hiermit entbinde(n) ich/wir:

Vor-/Nachname Personensorgeberechtigte*r	Geburtsdatum (freiwillig)
Vor-/Nachname Personensorgeberechtigte*r	Geburtsdatum (freiwillig)
PLZ /Wohnort	Straße/ Hausnummer

Frau/Herrn:

von/aus:

Name der/des Mitarbeitenden	Stempel oder Name der Einrichtung/Institution
-----------------------------	---

gegenüber der heilpädagogischen Kita-Fachberatung, vertreten durch:

Name der heilpädagogischen Fachberatung

von der Schweigepflicht.

Diese Erklärung gilt bis:

Sie dient folgendem Zweck:

Datum	(bei Austausch zum Kind: Name des Kindes eintragen)
-------	---

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

Geben Sie bitte hier die konkreten Inhalte an.

Geben Sie bitte hier die konkreten Inhalte an.

Bei Zustimmung bitte ankreuzen:

Ich/wir stimmen zu, dass über mein/unser Kind anonymisiert in einer interdisziplinären Fallberatung gesprochen werden darf.

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir diese Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort/Datum	Unterschrift Personensorgeberechtigte*r
-----------	---