



## Entbindung der Schweigepflicht

<b>Name des Kindes:</b>	<b>geb.:</b>
<b>Name der Erziehungsberechtigten:</b>	
<b>Adresse und Tel.:</b>	

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass

- die Schule (Schulleitung, beauftragte Lehrkräfte) der Schönbein-Realschule
- die Schulsozialarbeit

Daten, Berichte und Unterlagen über mein/unser Kind zur Verfügung gestellt bekommen, besprechen und austauschen dürfen. Alle Informationen werden vertraulich behandelt.

Die Schweigepflicht bezieht sich auf Unterlagen und Ansprechpartner

Institution	Ja	Nein	Name der Institution, ggf. Ansprechpartner
Klinik			
Arzt			
Therapeuten			
Schulen			
Jugendamt			
Eingliederungshilfe			
Gesundheitsamt			
Beratungsstelle			

Dieses Einverständnis kann jederzeit ohne Angaben von Gründen, in Teilen oder komplett, formlos widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beider Erziehungsberechtigten