

Schweigepflichtsentbindung

Die Schweigepflichtsentbindung muss für jede Institution separat ausgefüllt und unterschrieben werden!

Betreffend (Kind/Jugendlicher)

Name, Vorname: _____ geb. am: _____
Anschrift: _____ Telefon: _____

Vertreten durch (gesetzliche/n Vertreter*in/Sorgeberechtigte/n)

Name, Vorname: _____ geb. am: _____
Anschrift: _____ Telefon: _____

Name, Vorname: _____ geb. am: _____
Anschrift: _____ Telefon: _____

Entbinde/n ich/wir die Mitarbeiter_innen des/der

Institution, Anschrift

Von ihrer/seiner Schweigepflicht gegenüber (jeweils mit konkreter Angabe der Institution und Anschrift):

- Jugendamt: _____
- Therapeut/Psychologe: _____
- Schulpsychologische Beratungsstelle: _____
- Kinderarzt: _____
- Frühförderstelle: _____
- Sozialpädiatrisches Zentrum: _____
- Mobile Jugendhilfe: _____
- Sonstige Einrichtung: _____

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt für den Austausch sowie das Einholen von Informationen bezogen auf folgende Sachverhalte:

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt längstens bis: _____

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Erklärung jederzeit -ohne Angabe von Gründen- widerrufen kann.

Dorsten, den

Unterschrift (ggf. Kind/ Jugendlicher)

Unterschrift gesetzl. Vertreter*in Sorgeberechtigte/r

*Bei gemeinsamem Sorgerecht müssen beide Sorgeberechtigten unterschreiben