**Schweigepflichtsentbindung**

**Ich entbinde**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Eltern bzw. Sorgeberechtigten |  |
|  |  |
| bzgl. meiner Tochter/meines Sohnes |  |
|  |  |
| Straße |  |
|  |  |
| Wohnort |  |
|  |  |
| Telefon/Fax |  |
|  |  |
| Mobil |  |
|  |  |
| eMail |  |

**von der Schweigepflicht gegenüber**

|  |  |
| --- | --- |
| dem/der Schulleiter/in |  |
|  |  |
| der Lehrkraft |  |
|  |  |
| dem/der FBZ-Mitarbeiter/in |  |

|  |  |
| --- | --- |
| die Ärztin/den Arzt/die Klinik |  |
|  |  |
| den/die Therapeut/in |  |
|  |  |
| den/die Schulpsycholog(en)/in |  |
|  |  |
| den/die Mitarbeiter/in |  |
|  |  |
| folgenden weiteren Personen |  |

**Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch in dem umgekehrten Fall.**

Ort, Datum:       Unterschrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_