

Entbindung von der Schweigepflicht

Um möglichst gute Absprachen und einen wechselseitigen Datenaustausch zwischen allen Beteiligten zu ermöglichen und um Mehrfachtestungen zu vermeiden, entbinde(n) ich/wir als Erziehungsberechtigte von

Name des Kindes:

geb.am:

folgende Ärzte und Institutionen

**jeweils wechselseitig von der Schweigepflicht
gegenüber der Schulpsychologin Aylin Rosenbauer- Lang**

- die mein / unser Kind behandelnden Ärzte
- die Mitarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie _____
- die Lehrkräfte meines / unseres Kindes
- die Mitarbeiter des Mobilen Sonderpädagogischen Dienstes
- die Mitarbeiter der Erziehungsberatungsstelle
- die Mitarbeiter des Jugendamtes
- die Mitarbeiter des Hortes / der HPT / des Heimes
- den Erziehungsbeistand _____ (Name und Tel.)
- die Mitarbeiter der Ergotherapiepraxis _____
- die Mitarbeiter der logopädischen Praxis _____
- _____
- _____



Schulpsychologische Beratung Ldkr. Kulmbach
Aylin Rosenbauer- Lang (Staatl. Schulpsychologin)
Theodor-Heublein-Schule Melkendorf
Melkendorfer Schulstraße 12
95326 Kulmbach
Mail: Aylin.Rosenbauer-Lang@schule.bayern.de

Die Schweigepflichtentbindung gilt ausschließlich für folgende Sachverhalte:

Die Schweigepflichtentbindung gilt längstens bis _____.

Ich bin von Frau/Herrn _____ darüber belehrt worden,
dass ich diese Schweigepflichtentbindung ohne Angabe von Gründen jederzeit für die Zukunft
widerrufen kann.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten)