

## 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)