Regina Freudemann, Beratungslehrerin

☎ 01525/5985690

regina.freudemann@vs.brannenburg.de

SCHUL BERATUNG

Schweigepflichtentbindung

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass _____
(Name, Vorname der Beratungslehrkraft)

bezüglich meines/unseres Kindes

_____

Name, Vorname des Kindes Geburtsdatum

gegenüber folgenden Personen

Lehrkräfte: _____
(Name, Vorname der Lehrkraft/Lehrkräfte)

Schulpsychologie: _____
(Name, Vorname)

sonstige Personen (MSD, Schulleitung):_____
(Name, Vorname)

von der **gesetzlichen Schweigepflicht** entbunden ist.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass _____
(Name, Vorname der Beratungslehrkraft)

gegenüber **folgenden Einrichtungen und/oder Personen**

_____

Name der Einrichtung/ Praxis

_____

Name Ansprechpartner/ Therapeut/ behandelnder Arzt

_____

Anschrift

von der **gesetzlichen Schweigepflicht** entbunden ist.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Alle ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht!

Anmerkung: Bitte für jeden Therapeuten/Arzt/Ansprechpartner eine separate Schweigepflichtentbindung ausfüllen.