**Entbindung von der Schweigepflicht**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die

**Regionale Schulberatungsstelle im Kreis Coesfeld,**

**Name Schulpsychologe/in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** oder eine Stellvertretung

Informationen über meinen Sohn / meine Tochter / mich,

(Nachname, Vorname, Geburtsdatum)

mit der nachstehend mit  gekennzeichneten Stelle **(bitte auch den Namen der Ansprechperson angeben)** austauschen darf. Ist die Ansprechperson nicht verfügbar, so darf auch eine Stellvertretung Informationen mit der von der Schweigepflicht entbundenen Person austauschen.

Schule *(Name)*

Arzt *(Name)*

Psych. Einrichtung *(Name)*

Psychotherapeut(in) *(Name)*

Therapeut(in) (sonstige) *(Name)*

Beratungsstelle *(Name)*

Jugendamt *(Name)*

Jugendhilfeträger *(Name)*

Schulamt *(Name)*

Gesundheitsamt *(Name)*

Sonstige *(Name)*

Die vorliegende Einwilligung ist freiwillig und kann daher jederzeit widerrufen werden.

**(Nur bei Bedarf auszufüllen):**

Die Schweigepflichtentbindung soll sich auf den Austausch von Informationen zu dem Thema \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ beziehen.

Die folgenden Themen sollen dabei nicht angesprochen werden: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift/en