

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