

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. Facharzt _____ (Name) _____
- Psych. Einrichtung _____ (Name) _____
- Psychotherapeut(in) _____ (Name) _____
- Therapeut(in) (sonstige) _____ (Name) _____
- Beratungsstelle _____ (Name) _____
- Jugendamt _____ (Name) _____
- Jugendhelfeträger _____ (Name) _____
- Schulamt _____ (Name) _____
- Gesundheitsamt _____ (Name) _____
- Sonstige _____ (Name) _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Schweigepflichtentbindung jederzeit widerrufen kann.

Bei Unterschrift nur eines Elternteils wird das Einverständnis des anderen Elternteils vorausgesetzt.

Ort, Datum

Unterschrift