

## 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