



Entbindung von der Schweigepflicht

Name des Kindes: _____

geb. am: _____

Wir sind / Ich bin damit einverstanden, dass Frau/ Herr _____
Lehrerin/ Lehrer der Kath. Grundschule Hachen, mit den nachfolgend genannten
Einrichtungen/Institutionen Kontakt aufnehmen kann und Ergebnisse der Beratung
(mündlich/schriftlich) weiterleiten darf.

- Kindertageseinrichtung / Name _____
- Kinderarzt / Name _____
- Logopädische Praxis / Name _____
- Ergotherapeutische Praxis / Name _____
- Jugendhilfedienst _____
- Weiterführende Schule _____
- LWL Klinik _____
- andere Einrichtungen _____

(Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen)

Diese Entbindung von der Schweigepflicht beruht auf Gegenseitigkeit und hat Gültigkeit für die Dauer der Beratung oder bis zum schriftlichen Widerruf.

Wir sind / Ich bin davon unterrichtet worden, dass die erhobenen Daten und die weitergegebenen Informationen auch weiterhin dem Datenschutz unterliegen und nur im Interesse des Kindes verwertet werden dürfen.

Hachen, den _____

Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten
(beide Sorgeberechtigten)