

Schweigepflichtsentbindung

Damit alle wichtigen Informationen schnell geteilt werden können, um das Kind in seiner Entwicklung zu unterstützen ist es wichtig, dass Schule, Hort, Sozialarbeit, Ärzte und Kitas gut zusammenarbeiten und zu dem Kind kommunizieren können.

Hiermit entbinde ich, _____ (Vorname, Nachname),

Geboren am _____,

Wohnhaft in _____ (Adresse),

die mein Kind _____ behandelnden Ärzte / Institutionen von ihrer Schweigepflicht.

- ☐ Kinderarzt _____
- ☐ Sozialpädiatrisches Zentrum _____
- ☐ Kinderpsychologen / Psychotherapeuten _____
- ☐ ehemals besuchte Kindertagesstätte _____
- ☐ Ergotherapie _____
- ☐ Logopädie _____
- ☐ Frühförderstelle _____
- ☐ Allgemeiner Sozialer Dienst _____
- ☐ Andere Einrichtungen _____

Unten angekreuzte Personen oder Institutionen dürfen Auskunft über mein Kind erhalten.

- ☐ Erzieher*innen des Hort BTA Comenius
- ☐ Hortsozialarbeiterin (Frau Rouane)
- ☐ Bezugslehrer der Comenius-Schule (Klassenlehrerin)
- ☐ Schulsozialarbeit Comenius-Schule (Frau Graeb)

Diese vorliegende Einwilligung ist freiwillig und kann somit jederzeit widerrufen werden.

Leipzig, den _____

Unterschrift der Personensorgeberechtigten _____