



Entbindung von der Schweigepflicht

Name des Kindes _____

geb. am: _____

Wir sind / Ich bin damit einverstanden, dass Frau _____

Lehrerin der Grundschule Müschede, mit den nachfolgend genannten Einrichtungen/Institutionen Kontakt aufnehmen kann und Ergebnisse der Beratung (mündlich/schriftlich) weiterleiten darf.

- Kindertageseinrichtung _____
- Kinderarzt _____
- Logopädische Praxis _____
- Ergotherapeutische Praxis _____
- Jugendhilfedienst der Stadt Arnsberg _____
- weiterführende Schule _____
- 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.

Arnsberg, den _____

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten