

Entbindung von der Schweigepflicht

Wir / Ich

Name _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

die Eltern von _____ ,geb. _____

**entbinden die Jugendsozialarbeiterin (JaS) der Mittelschule Burgebrach
Fr. Sauer (Dipl.- Pädagogin (Univ.))**

bitte zutreffendes ankreuzen

- die Mitarbeiter(innen) der Erziehungsberatungsstelle _____
- die Mitarbeiter(innen) des Jugendamtes _____
- den Schulpsychologen _____
- die Lehrkräfte _____
- die unser Kind behandelnden Ärzte _____
- die Mitarbeiter _____
- _____
- _____

jeweils wechselseitig von der Schweigepflicht.

Sollte eine ambulante oder stationäre Behandlung unseres Kindes in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie notwendig sein, so gilt diese Entbindung von der Schweigepflicht auch für die dortigen Ärzte und Psychologen.

Burgebrach, den

Unterschrift