

## 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