



## **Einverständniserklärung zur Schweigepflichtsentbindung**

**Name, Vorname des Kindes:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Sorgeberechtigte:**

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname der Mutter, des Vaters oder einer anderen sorgeberechtigten Person)

**Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass die erforderlichen personenbezogenen Daten für den dienstlichen Gebrauch bei folgenden Institutionen eingeholt werden dürfen:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kindertageseinrichtung              | <input type="checkbox"/> Psychologen, Therapeuten |
| <input type="checkbox"/> Schule (bei Umzug/Schulwechsel)     | <input type="checkbox"/> SPZ/ KJP                 |
| <input type="checkbox"/> Arzt, Klinik, Angehörige Heilberufe | <input type="checkbox"/> Schulsozialarbeiter/in   |
| <input type="checkbox"/> Ehe- Familien-, Jugendberater/in    | <input type="checkbox"/> Andere Personen/ Stellen |

\_\_\_\_\_  
Die Daten dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.  
Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Sorgeberechtigter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Sorgeberechtigter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum