**Entbindung von der Schweigepflicht**

**Ich** – Name der Eltern bzw.

Sorgeberechtigten

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon (auch mobil)

eMail

**entbinde**

den Schulleiter/die

Schulleiterin\*

den/die FBZ-Mitarbeiter-in\*

**bzgl. meiner Tochter / meines**

**Sohnes**

**von der Schweigepflicht gegenüber**

der Ärztin/dem Arzt/der Klinik\*,\*\*

dem/der Therapeuten/-in\*,\*\*

dem/der Schulpsychologen/-in\*,\*\*

dem/der Mitarbeiter/-in\*,\*\*

folgenden weiteren Personen\*,\*\*

**\* Die Entbindung von der Schweigepflicht ist für beide Kommunikationsstränge gültig!**

\*\* Bitte tragen Sie jeweils Name, Adresse, Telefonnummer und Mailadresse ein!

Ort, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_