Einverständniserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht:

Name des Kindes / Jugendlichen:

_____

Geburtsdatum:

_____

Personensorgeberechtigte(r):

_____

Name des Trägers:

DHB – Dasein, Helfen, Bewegen Soziale Dienste Pinneberg gGmbH / Schulgesundheitsfachkraft

am Schulzentrum Nord Frau Laura Frey_____

Diese Einverständniserklärung gilt für die gesamte Dauer der Betreuung im Rahmen der Tätigkeit als Schulgesundheitsfachkraft.

Einverständniserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht:

Hiermit entbinde ich / entbinden wir, die Erziehungsberechtigten, die o. g. Schulgesundheitsfachkraft, gemäß § 203 StGB von der Schweigepflicht. Diese Entbindung gilt ausschließlich für den fachlichen Austausch mit folgenden Institutionen / Personen:

Schule / Lehrkräfte / Schulsozialarbeit
Kinder- und Jugendpsychiatrie / Kliniken
Therapeutinnen / Ärztinnen / Psycholog*innen
Mitarbeiter*innen des Jugendamtes
Frühförderstellen
Familienberatungsstellen
Weitere beteiligte Fachkräfte, soweit dies zur Durchführung der Hilfe notwendig ist.

Diese Entbindung erfolgt ausschließlich zum Zweck der Verbesserung der Lebenssituation der betreuten Personen zur Förderung und Unterstützung des Kindes / Jugendlichen und seiner Familie. Alle weitergegebenen Informationen werden vertraulich behandelt und ausschließlich für die genannten Zwecke verwendet.

Widerrufsrecht:
Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der sorgeberechtigten Person(en):

_____

Unterschrift der betreuenden Fachkraft:

_____