

Entbindung von der Schweigepflicht

Name eines Elternteils: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Fax: _____

Ich entbinde

die Ärztin/den Arzt/der Klinik: _____
bitte Namen und ggf. Telefon eintragen

die Therapeutin/den Therapeuten: _____
bitte Namen und ggf. Telefon eintragen

die Schulpsychologin/den Schulpsychologen: _____
bitte Namen und ggf. Telefon eintragen

die Mitarbeiterinnen/die Mitarbeiter: _____
bitte Namen und ggf. Telefon eintragen

folgende weiteren Personen: _____
bitte Namen und ggf. Telefon eintragen

bezüglich meiner Tochter/meines Sohnes _____
von der Schweigepflicht gegenüber

der Lehrkraft/ der BFZ-Lehrkraft: _____

dem/der Schulleiter/in: _____

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch im umgekehrten Fall.

Ort, Datum

Unterschrift