

Einwilligungserklärung / Schweigepflichtsentbindung

mit einer Kooperationsstelle

Name des/der Schüler/-in: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____

Hiermit willige ich in die Übermittlung von personenbezogenen Daten zum Zwecke der Zusammenarbeit, sowie der Beratung mit der/den Kooperationsstelle(n) ein:

- Die Klassenlehrkraft, der Schülerin / des Schülers
- Die Fachlehrkraft, der Schülerin / des Schülers
- Die Schulleitung
- SBBZ z.B. Carl-Orff-Schule _____
- Schulpsychologische Beratungsstelle _____
- Der Kindergarten: _____
(Name des Kindergartens)
- Andere Schulen: _____
(Name der Schule)
- Die Beratungsstellen: _____
(Name der Beratungsstelle)
- Der Kinderarzt, die Therapeuten: _____
(Name des Arztes/Therapeuten)
- Die Beratungslehrkraft: _____
(Name des Beratungslehrkraft)
- Die Randzeitkraft _____
(Name der Randzeitkraft)

und entbinde die(se) Person/en und/oder die Institution(en) insoweit von einer bestehenden Schweigepflicht.

Ich bin mit der Kooperation der oben markierten Kooperationsstelle(n) einverstanden.

Diese Einwilligung soll gelten bis zum: _____ (falls gewünscht Befristung eintragen.)

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der(s) Sorgeberechtigten: _____