

## Einwilligungserklärung/Schweigepflichtsentbindung

### mit einer Kooperationsstelle

Name des/der Schüler\*in: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

(Name, Adresse der Kooperationsstelle)

\_\_\_\_\_

- die/der Klassenlehrer\*in, die die/ den o.g. Schüler\*in unterrichtet
- die/ der Fachlehrer\*in, der, die/ den o.g. Schüler\*in unterrichtet
- die Schulleitung
- Kindergarten
- andere Schulen: \_\_\_\_\_  
(Name der Schule)
- Beratungsstellen: \_\_\_\_\_  
(Name der Beratungsstelle)
- Kinderarzt, Therapeuten: \_\_\_\_\_  
(Name des Arztes/Therapeuten)
- den Beratungslehrer: \_\_\_\_\_  
(Name des Beratungslehrers)

und entbinde diese Person/en und/oder die Institution/en insoweit von einer etwa bestehenden Schweigepflicht.

Ich bin mit der Kooperation mit der o.g. Kooperationsstelle/n einverstanden.

Diese Einwilligung soll gelten bis: \_\_\_\_\_ (falls gewünscht Befristung eintragen.)

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

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

Unterschrift des Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_