



## Schweigepflichtentbindung

Wir sind damit einverstanden, dass folgende Personen (Arzt, Therapeut, o.ä.)

Name des Arztes: .....

Name des Therapeuten: .....

Mitarbeiter / Ärzte / Fachleute des Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ):

.....

**von der Schweigepflicht entbunden werden und Auskünfte oder Berichte über unser Kind an die GGS Lörick weiterleiten dürfen.**

Name und Geburtstag des Kindes:

.....

**Ebenso werden die Lehrer der Schule, insbesondere die Klassenlehrerin gegenüber dem oben genannten Personenkreis von der Schweigepflicht entbunden.**

Name der Klassenlehrerin:.....

Diese Schweigepflichtentbindung verbleibt in der Akte des Kindes in der Schule.

G. Cunrady  
-Schulleiterin-

-----  
Mir/Uns ist bekannt, dass diese Schweigepflichtentbindung jederzeit schriftlich widerrufen werden kann.

....., den .....

(Ort) (Datum)

.....  
(Unterschrift/en der Erziehungsberechtigten)