

## Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Schule: \_\_\_\_\_

### Hiermit entbinde(n) ich/wir

Mutter (Name, Vorname) \_\_\_\_\_  
Vater (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

die **Schulgesundheitsfachkraft Melanie Seimetz-Göderz** und

- die/der Schulsozialarbeiter/in \_\_\_\_\_  
 die Ärztin/den Arzt meines Kindes \_\_\_\_\_  
 die Lehrkraft \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### hinsichtlich folgender Fragen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**gegenseitig von der Schweigepflicht.**

**Diese Einwilligung kann ich/ können wir jederzeit für die Zukunft widerrufen.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Mutter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vaters