



Entbindung von der Schweigepflicht

Amt für Kinder,
Jugendliche und
Familien

Hiermit entbinde(n) ich/wir

Inhaber der elterlichen Sorge

folgende Einrichtungen/Dienststellen/Institutionen/Personen von der Schweigepflicht:

Name der Person, Name der Einrichtung/Dienststelle/Institution

Die Schweigepflichtentbindung gilt für mich als Betroffene/Betroffenen und für mein(e)/
unser(e) Kind(er)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname	Geburtsdatum

für folgenden Zweck/Aufgabe:

--

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass die o.g. Fachkräfte und Organisationen Sozialdaten miteinander austauschen und bewerten dürfen. Über die Datenschutzbestimmungen bin ich informiert worden.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich die Schweigepflichtentbindung jederzeit, auch ohne Angaben von Gründen, für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten