

Schweigepflichtentbindung (Stand 03/24)

Ich/Wir:

Kindesmutter	Kindesvater
Vor- und Nachname:	Vor- und Nachname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Anschrift:
Telefonnummer:	Telefonnummer:

versichere(n) hiermit, dass ich/wir derzeit für das Kind/den/die Jugendliche(n) (für jedes Kind separat):

Vor- und Nachname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	

sorgeberechtigt bin/sind.

Ich/Wir ermächtige(n) die Mitarbeiter*innen:

_____ (Name der Institution)

persönliche Daten und Auskünfte über das/den oben genannte Kind/Jugendlichen bei folgenden Institutionen und Personen einzuholen: (Nicht Zutreffendes bitte deutlich streichen!)

Institution	Name
Kindertagesstätte	
Schule	
Kinderarzt/Facharzt	
Jugendamt	
Polizei	
Sonstige	

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt nur für folgende Sachverhalte:

(z.B. zur Entwicklung meines Kindes oder für alle Informationen, die für den Schutz meines Kindes relevant sind)

Gleichzeitig entbinden wir die Mitarbeiter*innen:

_____ (Name der Institution)

von der Schweigepflicht gegenüber den oben bezeichneten Institutionen oder Personen. Ausgenommen hiervon sind folgende Institutionen oder Personen:

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt ab dem Tag der Unterschrift, bis: _____
(Datum, oder bis zu einem bestimmten Ergebnis/längstens 12 Monate).

Ich/wir wurde/n darauf hingewiesen, dass ich/wir diese Erklärung jederzeit – auch ohne Angabe von Gründen – für die Zukunft widerrufen kann/können.

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte

Unterschrift Personensorgeberechtigte