

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich

(Name)

Sorgeberechtigter für

(Name des Kindes)

entbinde Frau/Herrn

(Arzt, Soz.Päd., Psychologe u.a.)

der

(z.B. Klinik, Praxis, AA, JA etc.)

und

Frau/ Herrn

(MitarbeiterIn Kindertagesstätte und Kindertagespflege e.V.)

gegenseitig von ihren/seinen Schweigepflichten.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt nur für folgende Sachverhalte:

Diese Entbindung von der Schweigepflicht gilt längstens bis _____

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Sorgeberechtigten)

Vermerk Widerruf
