

Schweigepflichtsentbindung

Einwilligung der Erziehungsberechtigten / Betroffenen zur Weitergabe von Beratungsergebnissen

Hiermit entbinde ich _____ (Name, Vorname des/r Erziehungs-
berechtigten), geb. am _____, die Beratungslehrkraft Meike Breunig von
der gesetzlichen Schweigepflicht über die vorliegenden Beratungsergebnisse meines Kindes

(Name, Vorname, Geburtsdatum) gegenüber folgenden Personen / Stellen:

Lehrer/in (bitte Name der Person eintragen):

Arzt / Therapeut (bitte Name und Adresse eintragen):

Andere Beratungsstellen (bitte Name und Adresse eintragen):

Sonstige (bitte Name und Adresse eintragen):

Gleichzeitig entbinde ich die oben genannten Personen / Stellen von der Schweigepflicht
gegenüber der Beratungslehrkraft.

Mir ist bekannt, dass die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgegeben wird und
jederzeit schriftlich von mir widerrufen werden kann.

.....
Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r bzw.
 Unterschrift der / des Betroffenen bei Volljährigkeit

Hinweis: Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht ist die Unterschrift beider
Elternteile notwendig.

Meike Breunig
Beratungslehrerin

HWS Buchen

☎ 06281-564820

✉ meike.breunig@zsl-rsma.de



Einverständniserklärung

Wir stimmen einer Beratung einschließlich Testdiagnostik unseres Kindes

_____ geb. _____ durch die
zuständige Beratungslehrkraft zu.

Unsere Kontaktdaten:

Telefon: _____

Emailadresse: _____