



Personensorgeberechtigte/r

Name, Vorname:

Name, Vorname:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

Datum:

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde/n ich/wir:

Herrn/Frau:

Mitarbeiter/in

aus der Regionalen Schulberatungsstelle Bielefeld gegenüber:

Institution

Mitarbeiter/in

Institution

Mitarbeiter/in

Institution

Mitarbeiter/in

wechselseitig von der Schweigepflicht.

Diese Erklärung gilt bis zum Ende des Schuljahres _____ .

Sie dient dem Austausch über die psychosoziale Situation der Schülerin/des Schülers

Vorname Name, Geburtsdatum

zur Schulpsychologischen Begleitung und bezieht sich auf diagnostisch relevante Informationen und Testergebnisse.

Die Entbindung von der Schweigepflicht berechtigt die/den oben bestimmte/n Mitarbeiter/in nicht, die erhaltenen Informationen gegenüber dritten Personen zu verwenden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Unterschrift/en (alle Personensorgeberechtigte – junge/r Volljährige/r)