

Berufsbildende Schulen III Stade

Glückstädter Straße 17
21682 Stade
Telefon: 04141 492 - 300
Fax: 04141 492 - 340
E-mail: verwaltung.gl@bbs3stade.de
Internet: www.bbs3stade.de

- | |
|---|
| Kopie an:
<input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte
<input type="checkbox"/> Schüler*in
<input type="checkbox"/> Lehrkraft
<input type="checkbox"/> _____ |
|---|

Entbindung von der Schweigepflicht

Schüler*in Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Klasse: _____
 Anschrift: _____
 Name der Lehrkraft: _____

Hiermit entbinde ich die Lehrkraft sozialpädagogische Fachkraft gegenüber

<input type="checkbox"/> dem/der Mitarbeiter*in des ASD	
<input type="checkbox"/> dem/der Familienhelfer*in	
<input type="checkbox"/> dem/der Mitarbeiter*in der Beratungsstelle _____	
<input type="checkbox"/> dem Schulpsychologen/der Schulpsychologin	
<input type="checkbox"/> weiteren Personen	

hinsichtlich folgender Fragen _____
 _____ von der Schweigepflicht.

Hiermit entbinde ich _____

<input type="checkbox"/> den Arzt/die Ärztin meines Kindes _____	
<input type="checkbox"/> den/die Mitarbeiter*in des ASD	
<input type="checkbox"/> den/die Familienhelfer*in	
<input type="checkbox"/> den/die Mitarbeiter*in der Beratungsstelle _____	
<input type="checkbox"/> den Schulpsychologen/die Schulpsychologin	
<input type="checkbox"/> weitere Personen	

gegenüber der Lehrkraft sozialpädagogischer Fachkraft von der Schweigepflicht
 bezüglich folgender Fragen:

Diese Einwilligung kann ich / können wir jederzeit für die Zukunft widerrufen. Auf die Bedeutung der Entbindung von der Schweigepflicht wurde hingewiesen.

Datum: _____ Unterschrift: _____
 (Sorgeberechtigte*r oder volljährige*r Schüler*in)