

# Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung, Gestattung zur Akteneinsicht sowie zur Überprüfung und Verarbeitung personenbezogener Daten



Name, Vorname der/des Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Hiermit erteile ich/erteilen wir meine/unsere Einwilligung, dass Frau / Herr \_\_\_\_\_, Fachkraft der Wilhelm-Nevoigt-Grundschule mit der zuständigen Mitarbeiterin / dem zuständigen Mitarbeiter

## Bitte entsprechendes ankreuzen und jeweilige Fachkraft benennen!

- des Jugend- und Sozialamtes  
Frau / Herr \_\_\_\_\_
- des Kinder- und Gesundheitsdienstes im Gesundheitsamt  
Frau / Herr \_\_\_\_\_
- der schulpyschologischen Beratung  
Frau / Herr \_\_\_\_\_
- der vorschulischen Einrichtung  
Frau / Herr \_\_\_\_\_
- therapeutische Einrichtungen  
Frau / Herr \_\_\_\_\_
- andere Einrichtungen  
Frau / Herr \_\_\_\_\_

## bezogen auf mein/unser Kind:

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

von der Schweigepflicht (im Sinne einer gegenseitigen Schweigepflichtentbindung) entbunden wird. Darüber hinaus wird gestattet, dass die jeweils zuständigen Personen in zweckdienliche Unterlagen Einsicht nehmen dürfen sowie personenbezogene Daten meines/unsere Kindes für die unmittelbaren Zwecke verarbeiten und übermitteln dürfen.

Diese Erklärung dient ausschließlich dem Zweck: \_\_\_\_\_

Bsp.: Klärung von Unsicherheiten zum gesunden Entwicklungsprozess des Kindes, Klärung Zurückstellung des Kindes vom Schulbesuch

Und bezieht sich im Einzelnen auf folgende Unterlagen bzw. personenbezogene Daten:

Bsp.: Diagnostik durch SPZ, Hinweise zu Fördermöglichkeiten in der Einrichtung, Diagnosen, Behandlungsverlauf, fachliche Stellungnahmen

Die Entbindung von der Schweigepflicht berechtigt die oben bestimmte Fachkraft nicht, die erhaltenen Informationen gegenüber dritten Personen weiterzugeben (es sei denn, dies ist gesondert geregelt). Die Schweigepflichtentbindung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Zugleich wird in die Übermittlung und weitere Verarbeitung der auf der Grundlage der Schweigepflichtentbindung gewonnenen personenbezogenen Daten meines/unsere Kindes für die unmittelbaren Zwecke eingewilligt. Ist die Schweigepflichtsentbindung nur einmalig bzw. anders zeitlich begrenzt, ist dies unter dem Zweck konkret aufzuführen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Sorgeberechtigten