

Kundennr.:

Entbindung von der Schweigepflicht (F)

**im Rahmen der Zusammenarbeit
zwischen Schülerbetreuung und Schule**

Angaben zur Schülerin / zum Schüler	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Informationsaustausch	
Hiermit erkläre ich mich/wir uns damit einverstanden, dass die ASB-Mitarbeitenden im Rahmen der Betreuung meines/unseres Kindes (oben genannt) Informationen und Unterlagen mit folgenden Personenkreisen austauschen kann:	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Lehrkräften und der Schulleitung
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	weitere Mitarbeiter des Schulträgers z.B. Schulsozialarbeiter, Schulpsychologen
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Therapeuten, Ärzten
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	weitere
Der Austausch bezieht sich auf die schulischen Belange und die ganzheitliche Entwicklung des Kindes. Soweit die Einbeziehung weiterer Dienste und Institutionen für notwendig erachtet wird, kann dies nur mit meinem schriftlichen Einverständnis erfolgen.	
Ich weiß, dass ich diese Einwilligung verweigern oder jederzeit widerrufen kann, ohne dass dies negative Folgen für mich oder mein Kind hat.	

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

.....
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten