

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde/n ich/wir,

(Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters)

(Anschrift)

als gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter von

(Name, Vorname des Patienten)

(Geburtsdatum)

die MitarbeiterInnen der Staatlichen Schule für Kranke im Regierungsbezirk Niederbayern Standort
Kinderkrankenhaus St. Marien

gegenüber

Institution	Name, Anschrift der Institution
Schule:	_____
Zuständige Lehrer:	_____
Schulpsychologe:	_____
Hort:	_____
Nachmittagsbetreuung:	_____

und umgekehrt für folgenden Zweck:

Austausch von Informationen um Ihr Kind bestmöglich zu fördern und den Leistungsstand im laufenden Schuljahr sicherzustellen.

Die Mitarbeiter der Staatlichen Schule für Kranke sichern zu, dass die Daten streng vertraulich behandelt werden und nicht an dritte Personen/Institutionen weitergegeben werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese freiwillige Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich wurde ausführlich über den Sinn und Zweck dieser Erklärung beraten.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r Betreuer

Unterschrift Jugendlichen (ab 14 Jahren)