**Entbindung von der Schweigepflicht**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die

**Regionale Schulberatungsstelle im Kreis Coesfeld,**

**Name Schulpsychologe/in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** oder eine Stellvertretung

Informationen über meinen Sohn [ ] / meine Tochter [ ] / mich[ ] ,

(Nachname, Vorname, Geburtsdatum)

mit der nachstehend mit [x]  gekennzeichneten Stelle **(bitte auch den Namen der Ansprechperson angeben)** austauschen darf. Ist die Ansprechperson nicht verfügbar, so darf auch eine Stellvertretung Informationen mit der von der Schweigepflicht entbundenen Person austauschen.

[ ]  Schule *(Name)*

[ ]  Arzt *(Name)*

[ ]  Psych. Einrichtung *(Name)*

[ ]  Psychotherapeut(in) *(Name)*

[ ]  Therapeut(in) (sonstige) *(Name)*

[ ]  Beratungsstelle *(Name)*

[ ]  Jugendamt *(Name)*

[ ]  Jugendhilfeträger *(Name)*

[ ]  Schulamt *(Name)*

[ ]  Gesundheitsamt *(Name)*

[ ]  Sonstige *(Name)*

Die vorliegende Einwilligung ist freiwillig und kann daher jederzeit widerrufen werden.

**(Nur bei Bedarf auszufüllen):**

Die Schweigepflichtentbindung soll sich auf den Austausch von Informationen zu dem Thema \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ beziehen.

Die folgenden Themen sollen dabei nicht angesprochen werden: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift/en