

## Entbindung von der Schweigepflicht

Eltern: Name, Vorname	
Name des Kindes	
Geburtsdatum des Kindes	
Adresse	
Telefon	

Ich bin damit einverstanden, dass eine Mitarbeiterin des HPFD mein/unser Kind in der Kindertageseinrichtung/Kindertagespflege beobachtet.

Ich entbinde hiermit den/die Mitarbeiter\*in des HPFD: \_\_\_\_\_  
von der Schweigepflicht gegenüber Personen der folgenden Institutionen:

(Nicht Zutreffendes bitte streichen.)

Institution	Name der Institution und der Person (Zweck: Worüber darf gesprochen werden?)
Kita	
KJGD/KJPD	
Arzt/Ärztin	

Gleichzeitig entbinde ich die Personen der oben genannten Institutionen von der Schweigepflicht gegenüber der/dem Mitarbeiter\*in des HPFD.

Ich wurde ausführlich über die gesetzliche Schweigepflicht, den Sinn und Zweck dieser freiwilligen Erklärung sowie über mögliche Folgen einer Ablehnung aufgeklärt.

Mir ist bekannt, dass ich die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Wenn das Beratungsangebot des HPFD durch mich/uns nicht mehr in Anspruch genommen wird, wird die gegebene Schweigepflichtentbindung sofort ungültig.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Eltern: \_\_\_\_\_

(Unterschrift für die Schweigepflichtentbindung)

Ich bin damit einverstanden, dass der *Heilpädagogische Fachdienst* meine personenbezogenen Daten und die meines Kindes zum Zwecke des von mir gewünschten Beratungsauftrags verarbeitet. Ich kann diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft gegenüber dem *Heilpädagogischen Fachdienst* widerrufen. Die schriftliche Information zum Datenschutz habe ich erhalten.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Eltern: \_\_\_\_\_

(Unterschrift für die Datenverarbeitung)