Schweigepflichtsentbindung

Schweigepflichtsentbindung für die Feststellung der Schulfähigkeit für das Gesundheitsamt

**Schweigepflichtsentbindung für die Feststellung der Schulfähigkeit**

**Erklärung**

|  |  |
| --- | --- |
| der Frau/des Herrn: |  |
| zur Vorlage bei: |  |
| bezüglich des Kindes: |  |

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass sowohl das mit dem Fall betraute Lehrpersonal der ………………….. (*Name der Schule)* als auch die maßgeblichen SchulsozialarbeiterInnen dieser Schule, des Weiteren der zuständige Arzt des Gesundheitsamtes gegenseitig sämtliche Informationen und Auskünfte erteilen dürfen, die für die Feststellung der Schulfähigkeit meines Kindes, gesetzlich vertreten durch mich, notwendig sind. Dies gilt insbesondere auch für bei der Schule vorliegende ärztliche Atteste. Ich entbinde die genannten Personen und Institutionen insofern von ihrer Schweigepflicht bzw. von den maßgeblichen Geheimhaltungsvorgaben nach den jeweils für sie geltenden einschlägigen Datenschutzbestimmungen.

Mir ist bekannt, dass ich nicht dazu verpflichtet bin, die beteiligten Ärzte von der Schweigepflicht zu entbinden.

Mir ist bekannt, dass diese Schweigepflichtentbindung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden kann.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………………… |  | …………………………………………… |
| Ort, Datum |  | Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s |