



<u>Entbindung von der Schweigepflicht</u>	
Name des/ der Personensorgeberechtigten:	
Adresse:	
Telefon:	
Ich/ wir entbinden den/ die Mitarbeiter/in	
der Institution	
gegenüber der Fachkraft	
der Institution	
und diese wiederum gegenüber o. g. Mitarbeiter bis auf Widerruf von der Schweigepflicht betreffs meiner Tochter/ meines Sohnes	
Die Schweigepflichtentbindung betrifft folgende Belange	

Diese Schweigepflichtentbindung kann jederzeit widerrufen werden und gilt längstens bis zur Beendigung der Hilfe.

Datum

Unterschrift der/ des Personensorgerechtsberechtigten

Erstellt von: S. Wedewer	freigegeben von: E. Böke	gültig ab: Februar 2014 Revision 1 Überprüfung am: 09.07.15 Gültig bis: August 2017
-----------------------------	-----------------------------	--