

# Anlage II

Der Kreisausschuss des  
Landkreises Marburg-Biedenkopf  
Fachdienst 50.7 / Soziales  
Im Lichtenholz 60  
35043 Marburg



## Entbindung von der Schweigepflicht

Betreffend:  das Kind / den Jugendlichen  mich selbst

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ich bin / Wir sind	Ich bin
<input type="checkbox"/> allein sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> selbst Antragsteller*in
<input type="checkbox"/> gemeinsam sorgeberechtigt	(z.B. Erwachsene, junge Volljährige oder Jugendliche)
<input type="checkbox"/> Ergänzungspfleger/Vormund	

Hiermit entbinde(n) ich/wir die fallzuständigen Mitarbeiter\*innen des Fachdienstes Soziales und Widerspruchsstelle (Fachbereich Familie, Jugend und Soziales) sowie die fallzuständigen Ärzt\*innen des Fachdienstes Prävention und Beratung (Fachbereich Gesundheitsamt) sowie ggf. die entsprechenden Vertretungen im Fall von Abwesenheit (z.B. Urlaub, Krankheit etc.) untereinander sowie gegenüber

Institution / Einrichtung	Name, Adresse
Frühförderung	
Kindertagesstätte	
Schule (Lehrkraft)	
Beratungs- und Förderzentrum (BFZ) regionales BFZ / überregionales BFZ	
FD 50.4 Jugendamt (Allg. Sozialer Dienst - ASD)	
Therapeutische Praxen (z. B. Logo-, Ergo-, Physio-, Psychotherapie)	
Träger Assistenzleistung (Teilhabeassistenz - THA)	
Träger Wohnformen über Tag und Nacht	
Kinder- und Jugendpsychiatrie / oder Kinder- und Jugendpsychiater*innen	
Kliniken / Spezial Ambulanzen Spezialpädiatrische Zentren (SPZ)	
Haus-, Kinder- und Fachärzt*innen	
Krankenkasse KV-Nr.	

wechselseitig im Verhältnis zueinander von der gesetzlichen Schweigepflicht.

Diese Erklärung gilt bis \_\_\_\_\_ und dient folgendem Zweck:

Ich wurde ausführlich über die gesetzliche Schweigepflicht, den Sinn und Zweck dieser freiwilligen Erklärung sowie über mögliche Folgen einer Verweigerung unterrichtet. Mir ist bekannt, dass ich die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit gegenüber dem Empfänger dieser Erklärung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**Unterschrift Personensorgeberechtigte, gesetzliche Vertreter\*innen/Vormünder, Volljährige (ab 18 Jahre) oder Jugendliche (ab 16 Jahre)**

1. Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

2. Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_