

Entbindung von der Schweigepflicht (gem. § 203 StGB) Betreffend: das Kind / Jugendlichen / mich selbst

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ich bin / Wir sind	Ich bin
Allein Sorgeberechtigt	der/ die Antragssteller*in selbst
Gemeinsam Sorgeberechtigt	(z.B. Erwachsene, junge Volljährige oder Jugendliche)
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.)

gegenüber

	Institution / Einrichtung	Name, Adresse
	Frühförderung/SPZ	
	Kindertagesstätte	
	Schule (Lehrer*in)	
	BFZ / rBFZ / üBFZ	
	Haus-, Kinder- und Facharztpraxis	
	Therapeutische Praxis	
	Träger Assistenz/THA	
	Träger Wohnformen über Tag und Nacht	
	Kinder- und Jugendpsychiatrie	
	FD 50.4 Jugendamt (ASD)	
	Krankenkasse	

wechselseitig im Verhältnis zueinander von der gesetzlichen Schweigepflicht.

Der Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf
Fachbereich Familie, Jugend und Soziales
Fachdienst 50.7 / Soziales
Im Lichtenholz 60 • 35043 Marburg

LANDKREIS



MARBURG
BIEDENKOPF

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, Erwachsene, junge Volljährige oder Jugendliche

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Datum, Unterschrift: _____