

Schweigepflichtsentbindung von Dritten gegenüber der Einrichtung

zur Verwendung gegenüber (bitte markieren und Person sowie Organisation mit Sitz/Ort angeben)

Vertrauenspersonen mit Schweigepflicht gem. §203 StGB (Schweigepflichtentbindung beachten!):

☐ Arzt oder sonst. Angehörige v. Heilberufen:

☐ Berufspsychologen, Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge

☐ Ehe-, Familien-, Jugend-, Schwangerschaftsberater

☐ Amtsträger bzw. für den öffentlichen Dienst Verpflichtete

☐ Sonstige (z.B. Rechtsanwalt)

Sonstige Dritte:

☐ Schule:

☐ Sonstige verantwortliche Stelle

Hiermit willige ich darin ein, dass die o.g. Person bzw. verantwortliche Stelle folgende Arten personenbezogener Daten über mich an die oben genannte Einrichtung übermittelt, soweit es nicht Daten Dritter sind:

☐ Stammdaten (z.B Name, Adresse etc.):

☐ Angaben zu schulischen Leistungen / (voraussichtlichem) Schulabschluss

☐ Angaben über besondere Fähigkeiten oder Kenntnisse

☐ Angaben über beantragte/gewährte/verweigte Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch

☐ ärztliche Angaben/Diagnosen/Befunde

☐ Sonstige: _____

Die Angaben dienen dazu, die Einrichtung bei meiner beruflichen und/oder sozialen Eingliederung zu unterstützen. Diese Unterstützungsleistungen werden von mir freiwillig in Anspruch genommen, ich kann diese jederzeit beenden. Die Einrichtung ist in diesem Fall verpflichtet, sämtliche Daten über mich - auch die auf Grundlage dieser Einwilligungserklärung - zu löschen. Auch diese Einwilligung zur

Übermittlung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

(☐) **Schweigepflichtentbindung** (bitte markieren, soweit erforderlich)

Soweit die Übermittlung der Angaben durch einen Geheimnisträger nach §203 StGB erfolgen soll (Arzt, Jugendberater, Sozialarbeiter u.a.) entbinde ich diesen hiermit zu dem vorgenannten Zweck von seiner Schweigepflicht.

Vorname, Nachname

Datum

Unterschrift

Vorname, Nachname
(Erziehungsberechtigter)

Datum

Unterschrift