

# Schweigepflichtentbindung 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!):

- |  |             |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Arzt oder sonst. Angehörige v. Heilberufen:               | <div></div> |
| <input type="checkbox"/> Berufspsychologen, Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge     | <div></div> |
| <input type="checkbox"/> Ehe-, Familien-, Jugend-, Schwangerschaftsberater         | <div></div> |
| <input type="checkbox"/> Amtsträger bzw. für den öffentlichen Dienst Verpflichtete | <div></div> |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. Rechtsanwalt)                              | <div></div> |

Sonstige Dritte:

- |  |             |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Schule:                         | <div></div> |
| <input type="checkbox"/> Sonstige verantwortliche Stelle | <div></div> |

Hiermit willige ich darin ein, dass die o.g. Person bzw. verantwortliche Stelle folgende Arten personenbezogener Daten über mich an die 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  
(Erziehungsberechtigte\*r)

Datum

Unterschrift