

Entbindung von der Schweigepflicht

(jeweils eine Durchschrift für Klient*in und Schulsozialarbeit)

Klient / Klientin

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer	Postleitzahl / Wohnort

Hiermit entbinde ich den*die Schulsozialarbeiter*in

von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

☐	dem*der Mitarbeiter*in des Allgemeinen Sozialen Dienstes	
☐	der Lehrkraft	
☐	dem*der Mitarbeiter*in der Beratungsstelle	
☐	dem*der Schulpsycholog*in / Ärzt*in	
☐	dem*der Familienhelfer*in	
☐	dem*der Schulsozialarbeiter*in	
☐	andere Person	

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt hinsichtlich folgender Fragen:

--

Hiermit entbinde ich folgende Personen gegenüber dem*der Schulsozialarbeiter*in

von der Schweigepflicht.

☐	dem*der Mitarbeiter*in des Allgemeinen Sozialen Dienstes	
☐	der Lehrkraft	
☐	dem*der Mitarbeiter*in der Beratungsstelle	
☐	dem*der Schulpsycholog*in / Ärzt*in	
☐	dem*der Familienhelfer*in	
☐	dem*der Schulsozialarbeiter*in	
☐	andere Person	

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt hinsichtlich folgender Fragen:

--

Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum	Unterschrift des*der Klienten*in und bei unter 15-Jährigen des*der Sorgeberechtigten