Name des Kindes:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Klasse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Entbindung von der Schweigepflicht**

Mit diesem Schreiben sind wir/ bin ich darüber informiert worden, dass personenbezogene Daten (Berichte, Gutachten, schriftliche, telefonische oder sonstige Auskünfte) unseres/meines Kindes

nur weitergegeben werden dürfen, wenn sie zur Erfüllung des Betreuungs- und Lernauftrages der Grundschule Hallermund notwendig sind oder wenn ein Gesetz die Weitergabe von Daten verlangt.

Vorbehaltlich unseres/meines schriftlichen Widerrufes befreie ich hiermit die Schulleitung, den/die Klassenlehrer/in und die Fachlehrkräfte der Klasse unseres/meines Kindes von der Schweigepflicht für die Weitergabe von personenbezogenen Daten an folgende Institutionen:

behandelnder Arzt

(Name des Arztes)

Therapeut

(Name des Therapeuten)

Bis auf schriftlichen Widerruf befreien wir/befreie ich folgende Personen und Einrichtungen von der Schweigepflicht zur Weitergabe von personenbezogenen Daten an die Grundschule Hallermund:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name** | **Anschrift** | **Telefon** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(Ort, Datum, Unterschrift aller gesetzlichen Vertreter)