

**Einwilligungserklärung/Schweigepflichtsentbindung  
mit einer Kooperationsstelle**

Name des/der Schüler\*in: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Hiermit willige ich in die Übermittlung von personenbezogenen Daten zum Zwecke der Zusammenarbeit sowie der Beratung mit der/den Kooperationsstelle/n ein:**

- Die Klassenlehrkraft der Schülerin / des Schülers \_\_\_\_\_
- Die Fachlehrkraft der Schülerin / des Schülers \_\_\_\_\_
- Die Schulleitung \_\_\_\_\_
- Das SBBZ z.B.: Carl-Orff-Schule \_\_\_\_\_
- Die Schulpsychologische Beratungsstelle \_\_\_\_\_
- Den Kindergarten \_\_\_\_\_  
(Name des Kindergartens)
- Andere Schulen: \_\_\_\_\_  
(Name der Schule)
- Die Beratungsstellen: \_\_\_\_\_  
(Name der Beratungsstelle)
- Kinderarzt, Therapeut: \_\_\_\_\_  
(Name des Arztes/Therapeuten)
- Die Schulsozialarbeiterin \_\_\_\_\_  
(Name der Schulsozialarbeiterin)
- Die Beratungslehrkraft: \_\_\_\_\_  
(Name der Beratungslehrkraft)
- Die Randzeitkraft \_\_\_\_\_  
(Name der Randzeitkraft)
- Die Schulbegleitung \_\_\_\_\_  
(Name der Schulbegleitung)
- Die Familienhilfe \_\_\_\_\_  
(Name der Ansprechperson)
- Den/ Die Sachbearbeiter/ -in des Jugendamtes \_\_\_\_\_  
(Name der Ansprechperson))

und entbinde diese Person/en und/oder die Institution/en insoweit von einer etwa bestehenden Schweigepflicht.

Ich bin mit der Kooperation mit der o.g. Kooperationsstelle/n einverstanden.

Diese Einwilligung soll gelten bis: \_\_\_\_\_  (falls gewünscht Befristung eintragen.)

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der (s) Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_