



Erziehungs- / Sorgeberechtigte:

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

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

## Erklärung zur Schweigepflichtentbindung

(gem. §§ 61 ff SGB VIII „Schutz von Sozialdaten“)

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich

- Ärzte, Psychologen, Therapeuten
- das SPZ Sozialpädiatrische Zentrum AKH Celle
- die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes Celle
- das Jugendamt der Stadt Celle bzw. des Landkreises
- die Mitarbeiter des Albert-Schweitzer-Familienwerkes
- die Mitarbeiter der Stiftung Linerhaus
- Oberschule Hermannsburg

von der Schweigepflicht und erlaube einen gegenseitigen schriftlichen und mündlichen Austausch über o. g. Kind.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungs- / Sorgeberechtigte  
ggf. Vormund / Pfleger