

Entbindung von der Schweigepflicht  
- Einrichtung / Arzt –

**Patient:**

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

Vorname: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

**Erklärung der/ des Erziehungsberechtigten:**

Ich bin erziehungsberechtigt und willige ein, dass

die Ärztin / der Arzt  
die Einrichtung

\_\_\_\_\_

Name

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

\_\_\_\_\_

gegenüber **der Alleenschule GWRS Kirchheim (Schulleitung/Klassenlehrer/in)**

von der Schweigepflicht entbunden wird, wenn es um Informationen geht, die mit dem Schulbesuch im Zusammenhang stehen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit widerrufen kann.

Kirchheim, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten