**Entbindung von der Schweigepflicht und Einverständniserklärung**

Als Sorgeberechtigte(r) erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Förder- und Beratungszentrum zum Zwecke gegenseitigen Informationsaustausches zu folgenden Institutionen/Personen mündlichen oder schriftlichen Kontakt aufnehmen darf.

(Name, Vorname) geb. am

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Name, Vorname Personensorgeberechtigte/r) (Str., PLZ, Ort, Telefon)

[ ]  Kindertagesstätte

[ ]  Schule

[ ]  Hort oder andere Betreuungsinstitutionen

[ ]  Jugendamt

[ ]  Sozialamt

[ ]  andere

Erläuterung: Institutionen, für die im konkreten Einzelfall diese Einverständniserklärung gelten soll, werden angekreuzt sowie Name und Adresse der Einrichtung bzw. Personen handschriftlich ergänzt!

Ich / Wir entbinden die betroffenen Personen und Institutionen hiermit von ihrer Schweigepflicht.

Ich wurde darüber informiert, dass diese Einwilligungserklärung von mir jederzeit gegenüber dem FBZ ganz oder teilweise widerrufen werden kann.

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

 Unterschrift