



# Schweigepflichtsentbindung

Ich / Wir

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

als gesetzliche Vertreter/-innen des Kindes / Jugendlichen

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

entbinde/n

\_\_\_\_\_  
Name Mitarbeiterin / Mitarbeiter / Funktionseinheit der Diakonie Rosenheim

von seiner / ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

Die Einwilligung gilt nur gegenüber folgenden Personen / Institutionen:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Diese Schweigepflichtsentbindung gilt ausschließlich für folgende Sachverhalte:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Die Weitergabe von Informationen dient folgendem Zweck / folgenden Zwecken:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt wechselseitig:    Ja    Nein

Diese Einwilligung gilt längstens bis \_\_\_\_\_

Ich / wir gebe/n diese Einwilligung freiwillig ab und wurde/n darüber informiert, dass ich / wir sie jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann / können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en der / des  
Personensorgeberechtigten

Gültig ab: 01.11.2021

T  
F  
E