



## Entbindung von der Schweigepflicht

Amt für Kinder,  
Jugendliche und  
Familien

Hiermit entbinde(n) ich/wir

\_\_\_\_\_  
Inhaber der elterlichen Sorge

folgende Einrichtungen/Dienststellen/Institutionen/Personen von der Schweigepflicht:

**Name der Person, Name der Einrichtung/Dienststelle/Institution**


Die Schweigepflichtentbindung gilt für mich als Betroffene/Betroffenen und für mein(e)/  
unser(e) Kind(er)

**Name, Vorname**

**Geburtsdatum**

Name, Vorname	Geburtsdatum

für folgenden Zweck/Aufgabe:

--

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass die o.g. Fachkräfte und Organisationen Sozialdaten miteinander austauschen und bewerten dürfen. Über die Datenschutzbestimmungen bin ich informiert worden.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich die Schweigepflichtentbindung jederzeit, auch ohne Angaben von Gründen, für die Zukunft widerrufen kann.

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

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