



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