

Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche
Erziehungs- und Familienberatung
Eibenweg 2
53757 Sankt Augustin
Tel. : 02241 28482



SCHWEIGEPLICHTENTBINDUNG

Betreffend:

Name Kind/Jugendliche(r)

geboren am

Sorgeberechtigte

Hiermit entbinde/n ich/wir _____,
Mitarbeiter/in der Erziehungs- und Familienberatungsstelle sowie ggf. die Vertretung
im Fall von Abwesenheit (z.B. Urlaub) gegenüber:

Frau/Herrn von (Name der Einrichtung)

(sowie ggf. die Vertretung) wechselseitig von der Schweigepflicht.

Diese Erklärung gilt für die Dauer der Beratung bzw. bis zum: ____ . ____ . ____

und dient folgendem Zweck und Inhalt: _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht
jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter 1

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter 2

Ort, Datum

Unterschrift Kind/Jugendliche/r