

## Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich,.....  
bezüglich meines Kindes..... geboren am .....

- dem schulpsychologischen Dienst des staatlichen Schulamtes Rostock
- das Jugendamt
- den Träger der Familienhilfe
- die Mitarbeiter der Beratungsstelle .....
- den Diagnostischen Dienst des staatlichen Schulamtes Rostock
- die Ärzte und Psychologen der Klinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie und Psychotherapie sowie deren zugehörigen Ambulanzen
- die Ärzte und Psychologen der Klinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie und Psychotherapie
- die Ärzte und Psychologen des MVZ's .....
- Psychologin / Psychologe des Odysseusprojektes der Universität Rostock
- Logopädin / Logopäde
- Ergotherapeut / Ergotherapeutin
- Kinderarzt / Kinderärztin
- Schulsozialarbeiterin / Schulsozialarbeiter
- .....
- .....

gegenüber der Schule ..... wechselseitig  
von der Schweigepflicht.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Sorgeberechtigten