



## Schweigepflichtentbindung

### Erklärung der/des Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname(n) des Kindes

geb. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name(n), Vorname(n) der/des Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Adresse, Telefon

### Hiermit entbinde ich/entbinden wir

Frau/Herrn \_\_\_\_\_

Mitarbeiterin/Mitarbeiter der MSH

und die/den Mitarbeiter/-in der

Kinderarztpraxis \_\_\_\_\_

Kinder- und Jugendpsychiatrie \_\_\_\_\_

Pädagogischen Frühförderung \_\_\_\_\_

Kindertagesstätte \_\_\_\_\_

Ergotherapie \_\_\_\_\_

Logopädie \_\_\_\_\_

Erziehungsberatungsstelle \_\_\_\_\_

sonstigen Einrichtungen: \_\_\_\_\_

### von der gegenseitigen Schweigepflicht.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten