

Schweigepflichtentbindung

Das Zentrum kooperative Erziehungshilfe in Norderstedt ist ein Kooperationsprojekt des Jugendamtes der Stadt Norderstedt, dem SOS-Kinderdorf Harksheide und den schulamtsgebundenen Schulen in Norderstedt sowie der Grundschule Tangstedt/ Kreis Stormarn. Es unterstützt Lehrkräfte, Eltern und SchülerInnen aller Schulstufen bei Problemen im Bereich des Verhaltens im schulischen Kontext. Das Angebot unterstützt u.a. dann, wenn die Schulen ihren allen SchülerInnen gleichermaßen zugedachten Regulationsmöglichkeiten ausgeschöpft haben. Die Angebote sind insgesamt darauf ausgerichtet, gemeinsam mit Netzwerkpartnern förderliche Bedingungen für einen gelingenden Unterricht zu entwickeln. Um eine optimale Betreuung zu ermöglichen, ist es erforderlich, dass sich die beteiligten Stellen unter Beachtung des Datenschutzes austauschen.

Hiermit erteile ich meine/ erteilen wir unsere Einwilligung, dass [Namen der am Datenaustausch Beteiligten eintragen] (ZKE Sek I Norderstedt)

> **mündliche Auskünfte,**

> **Einsicht in schriftliche Unterlagen**

(genaue Bezeichnung: _____)

(Nichtzutreffendes bitte streichen)

die mein/ unser Kind betreffen, im Rahmen seiner/ ihrer Beratungstätigkeit für das ZKE Norderstedt mit den nachstehenden nicht gestrichenen Einrichtungen gewähren und sich mit diesen austauschen dürfen:

> **Jugendamt**

genaue Bezeichnung _____

> **Schulpsychologische Beratung**

genaue Bezeichnung _____

> **Beratungs- und Therapieangebote**

genaue Bezeichnung _____

> **andere Stellen/ Einrichtungen**

genaue Bezeichnung _____

(bitte ergänzen/ Nichtzutreffendes ist zu streichen)

Hierfür entbinde/n ich/wir die genannten Personen von ihrer Schweigepflicht.

Die Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen oder in Teilen eingeschränkt werden. Wenn keine Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber dem ZKE erteilt wird, findet kein Austausch statt.

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

**Name, Vorname der/ des
Sorgeberechtigten:** _____

Ort, Datum

Unterschrift des/ der Sorgeberechtigten