

## Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

**Name** des/der Schülers/in: \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Genaue **Anschrift** des/der Schülers/in:

PLZ

Ort

Straße

**Eltern/gesetzl. Vertreter/in:**

Ich habe das Informationsblatt der Schule Hesterberg über deren Arbeitsweise und Abläufe bei der Beschulung meines Kindes erhalten und gelesen. Ich bin darüber informiert, dass sich die Schule mit der Helios Klinik Schleswig, Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie austauschen muss.

Ich/wir entbinde/n die Ärzte, Therapeuten und Mitarbeiter der Station K \_\_\_\_ von der Schweigepflicht gegenüber den Bezugslehrkräften der Station für die Dauer des Aufenthaltes im HELIOS Klinikum Schleswig, Klinik für Kinder- Jugendpsychiatrie und - psychotherapie.

Die Bezugslehrkräfte der Schule Hesterberg für die Station K \_\_\_\_ dürfen an den Visiten, Fallbesprechungen und Gesprächen der Station teilnehmen.

Im ausgehändigten Informationsblatt finden Sie die Information darüber, in welcher Weise die Schule mit der Klinik kommuniziert.

Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgebe und diese von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Eltern/gesetzl. Vertreter/Schülerin/Schüler (ab 14 Jahren)