Stadt Viersen

Schweigepflichtsentbindung

☐ Als personensorgeberechtigte Person für den / die Minderjährige(n)
☐ Als junge(r) Volljährig(e) gebe ich

Name und Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

gebe ich / geben wir:
(bei Volljährigkeit bitte streichen)

Name und Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Name und Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

gemäß den Datenschutzbestimmungen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (§§ 61-68 SGB VIII) sowie den gesetzlichen Bestimmungen zur Schweigepflicht (§ 203 StGB) unsere / meine Einwilligung, dass der Fachbereich Kinder, Jugend und Familie der Stadt Viersen bei den folgenden Personen und Institutionen Auskünfte einholen und ebenso erteilen darf.

☐ Psychotherapeut*in: _____
☐ Diagnostik: _____
☐ Schulaufsicht / Schulamt des Kreises Viersen und/oder der Bezirksregierung Düsseldorf
☐ Schule: _____
☐ Agentur für Arbeit
☐ _____
☐ _____

Ich wurde ausführlich über die gesetzliche Schweigepflicht, den Sinn und Zweck dieser freiwilligen Vollmacht sowie über mögliche Folgen einer Verweigerung unterrichtet. Mir ist bekannt, dass ich die Vollmacht jederzeit gegenüber dem Empfänger ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Viersen, den _____

_____ Unterschrift

_____ Unterschrift