

Schweigepflichtsentbindung

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die pädagogischen Fachkräfte aus der

Kindertageseinrichtung _____

sich mündlich und schriftlich mit nachfolgend aufgeführter/n Person/en gegenseitig Informationen über mein/unser Kind austauschen darf/dürfen.

| Person und Institution | Name, Anschrift, Telefonnummer | Zum Zweck von |
|------------------------|--------------------------------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Ich bin/Wir sind ausdrücklich damit einverstanden, dass die pädagogischen Fachkräfte aus der Kindereinrichtung von ihrer Schweigepflicht entbunden werden und mit oben genannter Person/genannten Personen mündlich sowie schriftlich Kontakt aufnehmen darf, um über erforderliche Informationen (gemäß: Zum Zweck von) in Kenntnis zu setzen. Mit ist/Uns ist bekannt, dass die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Die Einwilligung erfolgt laut der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) Art. 6 u.7.

Datum, Unterschrift
Personensorgeberechtigte(r) 1

Datum, Unterschrift
Personensorgeberechtigte(r) 2

| | | | | |
|------------|----|------------|--------------|-------------|
| erstellt | | gültig | überarbeitet | Seite 1 1 |
| 20.07.2020 | FA | 01.10.2020 | 19.10.2022 | |