

Medizinische Hilfsleistungen in Schulen: Schweigepflichtentbindung¹

Schule/Adresse/Schulstempel

Ich/wir

Name der Eltern
bzw. Sorgeberechtigten

Straße

Wohnort

Telefon/Fax

Mobil

E-Mail

entbinde(n) von der Schweigepflicht gegenüber

dem Schulleiter/
der Schulleiterin

der Lehrkraft/
der Lehrkräfte

bzgl. meines Sohnes/meiner
Tochter (Geburtsdatum)

¹ Die Ausführungen orientieren sich an den »Handlungsempfehlungen und Rahmenbedingungen im schulischen Alltag – chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter« des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur Rheinland-Pfalz (31.01.2014; Bekanntmachung 9416 B – 51 311/30) (online <https://gesundheitsfoerderung.bildung-rp.de/chronische-erkrankungen.html>).

folgende Personen:

☐ den Arzt/die Ärztin/
die Klinik (ggf. Abteilung)

☐ den Therapeuten/
die Therapeutin/die Praxis

☐ den Schulpsychologen/
die Schulpsychologin

☐ den Mitarbeiter/die
Mitarbeiterin/die Mitarbeiter

☐ sowie folgende weitere Personen

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch im umgekehrten Fall.

_____, den _____
Ort Datum

✍ Unterschrift Sorgeberechtigte

Die Vereinbarung habe ich zur Kenntnis genommen

_____, den _____
Ort Datum

✍ Unterschrift Schulleiter/Schulleiterin o. Vertreterin i. A.