

# Entbindung von der Schweigepflicht

Name des Kindes:

geb.:

Name des / der Erziehungsberechtigten:

- Ich willige/wir willigen ein, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Timeout School (nachfolgend TOS genannt) meine/unsere personenbezogenen Daten und die meines Kindes zum Zweck der Beratung, ggf. der Aufnahme in die TOS und dortigen Betreuung den jeweiligen datenschutzrechtlichen Bestimmungen elektronisch verarbeitet. Zugriff auf diese Daten haben nur definierte Mitarbeiter der TOS. Ich kann bei der TOS Auskunft über die gespeicherten Daten und die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Meine/unsere Angaben zum Antrag sind freiwillig.
- Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die TOS Daten, Informationen, Befunde und Gutachten über mein / unser Kind zum Zweck der Beratung und ggf. Aufnahme und Betreuung in der TOS mit den anderen unten genannten Einrichtungen und Personen austauscht. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der TOS sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln.

*(Bitte kreuzen Sie an, für welche Stellen oder Einrichtungen Ihre Einwilligung gelten soll)*

- Therapeut (s.u. ausdrückliche Einwilligung, da Daten zur Gesundheit):

\_\_\_\_\_

- behandelnder Arzt (s.u. ausdrückliche Einwilligung, da Daten zur Gesundheit):

\_\_\_\_\_

- Kinderklinik, SPZ (s.u. ausdrückliche Einwilligung, da Daten zur Gesundheit):

\_\_\_\_\_

- zuständiges Jugendamt/Sozialamt: \_\_\_\_\_

- Schule: \_\_\_\_\_  
(Schulleitung, Klassenlehrer)

- Schulsozialarbeit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Ich willige ausdrücklich ein, dass dabei Daten über die Gesundheit meines/unsere Kindes wie vorstehend beschrieben verarbeitet werden dürfen.

Diese Einwilligung/en kann/können verweigert werden. Ferner kann eine einmal erteilte Einwilligung widerrufen werden.