



Entbindung von der Schweigepflicht

Ich / Wir

(Name und Anschrift des/der Sorgeberechtigten)

bin / sind damit einverstanden, dass die pädagogischen MitarbeiterInnen des Kuckucksnest sich mit externen Fachkräften/Institutionen (Ärzte, Therapeuten, andere Mitarbeiterinnen etc.) über mein / unser Kind

(Name des Kindes)

austauschen. Wir entbinden hiermit folgende MitarbeiterInnen

von der Schweigepflicht gegenüber folgenden externen Fachkräften/Institutionen:

Heyen, den _____
Sorgeberechtigte(r) *1

*1 soweit nicht alleiniges Sorgerecht besteht, ist die Unterschrift beider Erziehungsberechtigten erforderlich