

# MUSTER SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Stand: 19. Juni 2018



Vor-/Name des Kindes/Jugendlichen: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_.

Vor-/Name des/der gesetzlichen Vertreter/s: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich/wir folgende/n (z. B. Arzt, Einrichtung, Dienst, Behörde, Person)

Herrn/Frau \_\_\_\_\_

ggf. Vertretung: \_\_\_\_\_

Einrichtung/Dienst/Institution: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

bezüglich (z. B. Krankheit, Dokumente, für den Zeitraum):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



von ihrer/seiner Schweigepflicht gegenüber

Herrn/Frau \_\_\_\_\_

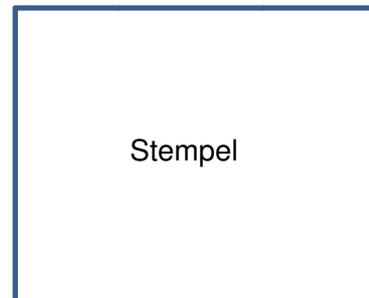
ggf. Vertretung: \_\_\_\_\_

Einrichtung/Dienst/Institution: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass diese zu nachfolgenden/m Zweck/en

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



die benötigten Auskünfte erteilen dürfen.

Die Erklärung und Angaben sind freiwillig und kann mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen werden. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ich/Wir erklären, dass ich/wir zu den Artikeln 13 und 14 der EU-Datenschutzgrundverordnung informiert wurde/n. Die Informationen können unter [Webseite] eingesehen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (gesetzliche/r Vertreter)

*Unterschrift: Kinder ab einem Alter von 14 Jahren können selbst unterschreiben, soweit sie die Tragweite ihrer Entscheidung ermessen können (Einsichtsfähigkeit). Anderenfalls sollten bei unter 16 Jährigen der/die gesetzliche/n Vertreter unterschreiben.*