**Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht**

Ich versichere/Wir versichern,

**Name:**

**Vorname:**

**Anschrift:**

dass ich/wir derzeit für das Kind/ den Jugendliche:

**Name:**

**Vorname:**

**geb. am:**

sorgeberechtigt bin/sind.

Ich/wir entbinde/n hiermit **den zuständigen Mitarbeiter / die zuständige Mitarbeiterin des Fachdienstes Sozialpädagogische Hilfen / Jugendamt des Kreises Dithmarschen**

und die **behandelnden Ärzte**, die mit der fachärztlichen Stellungnahme/ Begutachtung zum gestellten Antrag an §35a SGB VIII (Übernahme der Kosten für eine Schul- bzw. Schulwegbegleitung) beauftragt werden

und die **zuständigen Lehrkräfte und Sonderschullehrkräfte** an der betreffenden Schule

gegenseitig von der Schweigepflicht bzgl. meiner Person und meines Kindes.

Zweck der Schweigepflichtentbindung:

Klärung des Anspruchs auf und Durchführung der Hilfe gemäß §35a SGB VIII, u. a. Übermittlung ärztlicher Befundberichte an die o. g. Personen, Hilfeplanung.

Diese Schweigepflichtentbindung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei der zuständigen Fachkraft im Jugendamt widerrufen werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Unterschrift Unterschrift

(des/der gesetzlichen Vertreters/In) (des/der gesetzlichen Vertreters/In)