Staatliche
Schulberatung

Entbindung von der Schweigepflicht[1]

Hiermit entbinde ich / entbinden wir als Sorgeberechtigte

Name, Vorname	*Name, Vorname*
_____	_____
Straße	*Straße*
_____	_____
PLZ, Ort	*PLZ, Ort*
_____	_____
Telefon	*Telefon*
_____	_____
E-Mail	*E-Mail*
_____	_____

der Schülerin / des Schülers

Name, Vorname, geb. am _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Tel./E-Mail _____

die Schulpsychologin / den Schulpsychologen

Name, Vorname Dr. Heil Doroté

Schule Lucas-Cranach-Grundschule Kronach

Straße Turnstr. 7

PLZ, Ort 96317 Kronach

Tel./E-Mail heil@schulpsychologie-kc.de

von ihrer / seiner Schweigepflicht gegenüber den nachfolgend genannten Personen.

[1] Für Schulpsychologinnen und Schulpsychologen gilt bei der Einzelberatung die Verschwiegenheitspflicht, die in § 203 Abs. 1 Nr. 2 StGB verankert ist. Eine Befugnis zur Offenbarung ergibt sich aus der Einwilligung der Betroffenen („Schweigepflichtsentbindung“) oder einer ausdrücklich gesetzlich festgelegten Offenbarungspflicht (§ 138, 139 StGB). Siehe dazu die KMBek über die Schulberatung in Bayern vom 29. Oktober 2001 (KWMBl. I S. 454, StAnz. Nr. 47), die zuletzt durch Bekanntmachung vom 17. März 2023 (BayMBl. Nr. 148) geändert worden ist insbesondere III. 4.2.1 – 4.2.4

Die Entbindung von der Schweigepflicht **betrifft den folgenden Anlass bzw. Zweck:**

Benennung des Anlasses bzw. Zwecks _____

_____

_____

An die folgenden Personen

Name, Vorname, Funktion

_____

Name, Vorname, Funktion

_____

Name, Vorname, Funktion

_____

dürfen **nach inhaltlicher Absprache mit den Sorgeberechtigten** in der Einzelfallberatung bekannt gewordene und für die weitere Beratung notwendige Informationen und Unterlagen weitergegeben werden.

ggf. Benennung von Unterlagen _____

_____

Die Gültigkeit der **Entbindung von der Schweigepflicht endet** mit der Erfüllung des Anlasses bzw. des Zwecks. Darüber hinaus können die Sorgeberechtigten das Ende der Entbindung von der Schweigepflicht in schriftlicher Form feststellen.

Mit meiner / unserer Unterschrift versichere ich / versichern wir, dass die Entbindung von der Schweigepflicht **nach dem Willen von allen Sorgeberechtigten** gewünscht ist.

Ort, Datum, Unterschrift *Ort, Datum, Unterschrift*

_____ _____

Die Schweigepflichtsentbindung wird gemeinsam mit den über die Beratungen geführten Aufzeichnungen bis zum Ablauf von drei Jahren nach dem Ende des Schulbesuchs der benannten Schülerin / des benannten Schülers durch die jeweils zuständige Schulpsychologin / den jeweils zuständigen Schulpsychologen unter Verschluss gehalten und damit dokumentiert.