

# Entbindung von der Schweigepflicht/ Einwilligungserklärung

Die Entbindung von der Schweigepflicht kann die Beratung verbessern sowie deren Wirksamkeit erhöhen, ist jedoch keine Voraussetzung dafür. Es ist deshalb auch möglich zu beraten, ohne von der Schweigepflicht entbunden zu sein. Von der Schweigepflicht entbunden zu sein erlaubt es jedoch, Informationen zwischen pädagogischen, psychologischen und medizinischen Fachkräften auszutauschen. Sie hat das Ziel, eine optimale Diagnostik, Beratung, Förderung und Unterstützung abzusichern.

Die Entbindung von der Schweigepflicht erstreckt sich auf alle Auskünfte und personenbezogenen Informationen, die für die Beratung und Diagnostik von Bedeutung sind (Kontaktgespräche, Informationen zur Vorgeschichte, Ergebnisse diagnostischer Tests und Beobachtungen etc.). Dies umfasst ausdrücklich auch besonders schützenswerte Daten, z. B. zum Gesundheitszustand, sofern diese für die Beratung relevant sind. Psychologinnen und Psychologen, Ärztinnen und Ärzte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Angehörige des öffentlichen Dienstes unterliegen einer besonderen Schweigepflicht (§ 203 StGB). Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Entbindung von der Schweigepflicht durch die Personensorgeberechtigten. Sofern beide Elternteile sorgeberechtigt sind, müssen beide ihre Zustimmung geben. Bei Volljährigkeit kann sie durch die Betroffene oder den Betroffenen selbst erteilt werden.

Angaben zur Schülerin / zum Schüler:	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Schule:	
Klasse:	

Angaben zu den Eltern/Sorgeberechtigten:	
Name:	
Vorname:	
Anschrift:	
Name:	
Vorname:	
Anschrift:	

Ich/Wir entbinden folgende mit meinem/unserem Kind/mit mir befasste Person im Rahmen der Beratung und Förderung zur schulischen Entwicklung von der Schweigepflicht:

Nr.	Name der Institution/Person (z. B. Schulpsychologin/Schulpsychologe, Therapeutin/Therapeut, Fachärztin/Facharzt)

Ich/Wir gestatten den vorstehend genannten Personen, ggf. mit Einschränkungen, Informationen, die der Diagnostik, der Beratung, der Förderung und Unterstützung des o.g. Kindes dienen, auszutauschen. Insoweit willige/-en ich/ wir in die Verarbeitung der Daten ein.

Ich möchte / Wir möchten die Entbindung der Schweigepflicht bzw. die Verarbeitung der Daten einschränken:  
0 nein                      0 ja, wie folgt:

---

---

---

Diese Schweigepflichtentbindung gilt befristet für das Schuljahr \_\_\_\_\_ .

Ich/Wir wurde/-en ausführlich über die gesetzliche Schweigepflicht sowie die Einwilligungserklärung, den Sinn und Zweck dieser freiwilligen Erklärung sowie über mögliche Folgen einer Verweigerung unterrichtet. Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir die Entbindung von der Schweigepflicht und die Einwilligungserklärung jederzeit gegenüber der Empfängerin/dem Empfänger dieser Erklärung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/können. Im Falle des Widerrufs werden entsprechende Daten zukünftig nicht mehr für die oben genannten Zwecke verwendet und unverzüglich gelöscht, soweit eine längere Aufbewahrung nicht durch gesetzliche Regelungen vorgeschrieben ist.

Soweit die Einwilligung weder durch die betroffene Person zeitlich befristet noch widerrufen wird, gilt sie für die Dauer der Schulzugehörigkeit der Schülerin/des Schülers. Mir/Uns ist ebenfalls bekannt, dass ich/wir ein Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten haben. Ferner besteht ein Recht auf Berichtigung, Löschung oder Einschränkung, ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung und ein Recht auf Datenübertragbarkeit. Es besteht ein Beschwerderecht bei der Datenschutzaufsichtsbehörde, der/dem Landesbeauftragten für den Datenschutz und das Recht auf Akteneinsicht des Landes Brandenburg (Stahnsdorfer Damm 77, 14532 Kleinmachnow). Eine Kopie dieser Erklärung wurde mir/uns ausgehändigt.

Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigte / volljährige Schülerin / volljähriger Schüler

Ort, Datum

---

Name in Blockschrift

Unterschrift

---

---