

Schweigepflichtentbindung

betreffend:

Junger Mensch:

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

vertreten durch:

Mutter:

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Inhaber der elterlichen Sorge

Vater:

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Inhaber der elterlichen Sorge

wir entbinden,

EFB Tempelhof-Schöneberg
(Erziehungs-und Familienberatungsstelle)
Sponholzstr. 15, 12159 Berlin

gegenseitig, gegenüber dem:

THFD – ILT Bezirksamt Tempelhof
(Teilhabefachdienst Jugend Integrative Lerntherapie)

von der Schweigepflicht

- zur Prüfung einer Leistung im Rahmen des SGB VIII

Ein Exemplar dieser Erklärung haben wir erhalten.

Wir wurden darüber beraten, dass wir diese Erklärung jederzeit gegenüber den oben genannten Stellen widerrufen können.

Berlin, den

Datum und Unterschrift der Erklärenden

Datum und Unterschrift der Fachkraft