

# Schweigepflichtentbindung

## im Rahmen des AO-SF Verfahrens

Vorname und Name der Schülerin / des Schülers

Geburtsdatum

Schule, Ort

### Angaben aller Sorgeberechtigter

Vater

Mutter

Vormund

Ergänzungspflege

alleiniges Sorgerecht

Vorname und Name	Straße, Hausnummer, PLZ und Ort
Telefon	E-Mail

Vater

Mutter

Vormund

Ergänzungspflege

alleiniges Sorgerecht

Vorname und Name	Straße, Hausnummer, PLZ und Ort
Telefon	E-Mail

Ich bin damit einverstanden, dass die Fachstelle AO-SF von folgenden Institutionen die erforderlichen Informationen zum AO-SF Verfahren erhält.

Praxis/Name/Institution	Straße, Hausnummer, PLZ und Ort
Telefon	E-Mail

Praxis/Name/Institution	Straße, Hausnummer, PLZ und Ort
Telefon	E-Mail

Praxis/Name/Institution	Straße, Hausnummer, PLZ und Ort
Telefon	E-Mail

Die Sorgeberechtigten sind berechtigt, diese Schweigepflichtentbindung jederzeit zu widerrufen.

Unterschrift Sorgeberechtigte \_\_\_\_\_

Unterschrift Sorgeberechtigte \_\_\_\_\_