

## Gesundheitsfachkräfte an Schulen (GefaS) Entbindung von der Schweigepflicht

---

Im gesundheitlichen Interesse meines Kindes

Vor- und Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

entbinde ich die betreuende Gesundheitsfachkraft Frau \_\_\_\_\_

der Schule \_\_\_\_\_

und den betreuenden Kinderarzt / die betreuende Kinderärztin

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

gegenseitig ihrer Schweigepflicht.

Ich habe die Datenschutzinformation zur Kenntnis genommen.  
(weitere Informationen hierzu s.u.)

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

---

Ich bin vertretungsbefugt für die weitere erziehungsberechtigte Person.

**Auch wenn Sie dieses Formular jetzt unterschreiben, können Sie uns jederzeit informieren, wenn Sie nicht mehr damit einverstanden sind und die Schweigepflichtentbindung widerrufen möchten. Für einen Widerruf wenden Sie sich bitte an:**

**[gesundheitsfachkraefte@gesundheitsamt.bremen.de](mailto:gesundheitsfachkraefte@gesundheitsamt.bremen.de)**

**Weitere Informationen zum Projekt:**

**[www.gesundheitsamt.bremen.de/info/schulprojekt](http://www.gesundheitsamt.bremen.de/info/schulprojekt)** .

Dort finden Sie auch unsere Datenschutzinformation verlinkt, die auch im Beratungszimmer der Gesundheitsfachkraft aushängt.

---

Das Projekt wird finanziert durch

Die Senatorin für Gesundheit,  
Frauen und Verbraucherschutz



Freie  
Hansestadt  
Bremen