

# Einwilligungserklärung zur Übermittlung personenbezogener Daten

an die Koordinierungsstelle .....  
zur Verwendung gegenüber (bitte markieren und Person sowie Organisation mit Sitz/Ort angeben)

Vertrauenspersonen mit Schweigepflicht gem. §203 StGB (Schweigepflichtentbindung beachten!):

Arzt oder sonst. Angehörige v. Heilberufen:

\_\_\_\_\_  
 Schulpsychologen, Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge

\_\_\_\_\_  
 Ehe-, Familien-, Jugend-, Schwangerschaftsberater

\_\_\_\_\_  
 Amtsträger bzw. für den Öffentlichen Dienst Verpflichtete

\_\_\_\_\_  
 Sonstige (z.B. Rechtsanwalt)

Sonstige Dritte:

Schule:

\_\_\_\_\_  
 Sonstige verantwortliche Stelle

Hiermit willige ich darin ein, dass die o.g. Person bzw. verantwortliche Stelle folgende Arten personenbezogener Daten über mich an die Koordinierungsstelle ..... übermittelt, soweit es nicht Daten Dritter sind:

Stammdaten (z.B. Name, Adresse etc.):

Angaben zu schulischen Leistungen / (voraussichtlichem) Schulabschluss

Angaben über besondere Fähigkeiten oder Kenntnisse

Angaben über beantragte/gewährte/verweigerte Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch

Ärztliche Angaben/Diagnosen/Befunde

Sonstige:

Die Angaben dienen dazu, die Koordinierungsstelle bei meiner schulischen und/oder sozialen Eingliederung zu unterstützen. Diese Unterstützungsleistungen werden von mir freiwillig in Anspruch genommen, ich kann diese jederzeit beenden. Die Koordinierungsstelle ist in diesem Fall verpflichtet, sämtliche Daten über mich - auch die auf Grundlage dieser Einwilligungserklärung - zu löschen. Auch diese Einwilligung zur Übermittlung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

**Schweigepflichtentbindung** (bitte markieren, soweit erforderlich)

Soweit die Übermittlung der Angaben durch einen Geheimnisträger nach §203 StGB erfolgen soll (Arzt, Jugendberater, Sozialarbeiter u.a.), entbinde ich diesen hiermit zu dem vorgenannten Zweck von seiner Schweigepflicht.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

*Diese Erklärung gebe ich für mein Kind / die von mir gesetzlich vertretenen Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.*

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungs-  
berechtigten bzw. des gesetzlichen Vertreters