



## **Einverständniserklärung Zusammenarbeit Institutionen**

Um Ihnen eine bestmögliche Beratung anbieten zu können, wollen wir uns mit der/n unten genannten Person/en bzw. Institution/en austauschen. Damit wir Kontakt zu dieser/n aufnehmen dürfen, benötigen wir Ihr Einverständnis. Selbstverständlich werden wir mit den gewonnenen Informationen vertraulich umgehen. Bei Kindern, die den Sinn der Zusammenarbeit einsehen können, benötigen wir auch das Einverständnis des Kindes.

Für die Beratung von

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

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

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Stadt

gestatte ich eine Zusammenarbeit mit der/dem

\_\_\_\_\_  
Name der Institution

\_\_\_\_\_  
Name d. Mitarbeiters/in

\_\_\_\_\_  
Zweck bzw. Inhalt der Zusammenarbeit

Das Einverständnis zur Zusammenarbeit berechtigt die Beratungsstelle nicht, die erhaltenen Informationen gegenüber anderen Personen zu verwenden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Zusammenarbeit jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Monheim, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r 1

\_\_\_\_\_  
Monheim, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r 2

\_\_\_\_\_  
Monheim, den

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift Kind / Jugendlicher