



Einverständniserklärung

Zusammenarbeit mit 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	Sorgeberichtigte/r 1 Name, ggf. Adresse*	Unterschrift Sorgeberechtigte/r 1
_____	_____	_____
Monheim, den	Sorgeberichtigte/r 2 Name, ggf. Adresse*	Unterschrift Sorgeberechtigte/r 2
_____	_____	_____
Monheim, den	Name Kind, ggf. Adresse*	ggf. Unterschrift Kind / Jugendlicher *falls abweichend vom Kind