



## Entbindung von der beruflichen Schweigepflicht

Name der Schülerin / Name des Schülers

---

Geburtsdatum der Schülerin /  
Geburtsdatum des Schülers

---

Name und Adresse der unterschreibenden Person  
(gesetzliche Vertretung):

---

erteilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des **Schulpyschologischen Dienstes Winterthur-Land (SPDWL)** sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern folgender Institutionen

Sozialpädiatrisches Zentrum Winterthur (SPZ)

---

Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie (KJPP)

---

Kinder- und Jugendhilfezentrum (KJZ)

---

Heilpädagogische Frühberatung (HPF)

---

Kinderärztin / Kinderarzt

---

Psychotherapeut / Psychotherapeutin

---

---

---

die Ermächtigung

zur Einholung von mündlichen Auskünften

zur Erteilung von mündlichen Auskünften

zur Einholung von schriftlichen Unterlagen

für die Herausgabe schriftlicher Unterlagen

und entbindet sie hierfür gegenseitig von der beruflichen Schweigepflicht bzw. dem Amtsgeheimnis.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift gesetzliche Vertretung

---

(Unterschrift der Schülerin / des Schülers)