



Fachbereich Kultur und Bildung
Bereich Städtische Kindertageseinrichtungen
Kompetenzteam Inklusion
Kronsfordter Allee 2-6
23560 Lübeck

Kompetenzteam Inklusion
E-Mail:
kompetenzteam-inklusion@
luebeck.de
Auskunft erteilt:
Koordinatorin: 0451/122-5123

Erklärung zur Schweigepflicht

Das Kompetenzteam Inklusion der Hansestadt Lübeck, ein mit Landesmitteln gefördertes Projekt, bietet allen Kitas in der Stadt Beratungs- und Unterstützungsleistungen an. Die Kita Ihres Kindes hat uns um Beratung gebeten.

Name der Kindertagesstätte: _____

Zweck und Inhalt der Schweigepflichtentbindung:

Die Schweigepflichtentbindung erstreckt sich auf Informationen, die für Beratungs- und Unterstützungsleistungen im pädagogischen Alltag erforderlich sind.

Sie gilt auch umgekehrt für das Kompetenzteam Inklusion gegenüber den unten benannten Stellen, wenn dies für die Beratungs- und Unterstützungsleistungen erforderlich ist.

Beratungs- und Unterstützungsleistungen werden zum Beispiel in der Eingewöhnung oder bei Fragestellungen im pädagogischen Alltag erbracht. Um Ihr Kind bestmöglich unterstützen zu können, ist es wichtig, die besonderen Bedarfe des Kindes in Hinblick auf seine Entwicklung zu kennen.

Ziel ist es, den pädagogischen Alltag so zu gestalten, dass die individuellen Bedarfe Ihres Kindes angemessen berücksichtigt werden.

Bei diesen genannten Daten handelt es sich um „besondere Arten personenbezogener Daten“. Eine Verarbeitung dieser Daten ist nur dann zulässig, wenn Sie **ausdrücklich** einwilligen.

Ich erkläre mich/wir erklären uns mit der Übermittlung der genannten Daten für den oben genannten Zweck



☐ einverstanden

☐ nicht einverstanden

Die Schweigepflichtentbindung gilt für die Zeit vom _____ bis zum _____.
Sie können diese Schweigepflichtentbindung jederzeit und ohne Angabe von Gründen
widerrufen. Sie wird in die Unterlagen des Kompetenzteams Inklusion mit aufgenommen
und fünf Jahre nach Archivierung vernichtet, sofern sie nicht vorher widerrufen wird.

Hiermit entbinde ich/entbinden wir

Name der/des Sorgeberechtigten: _____

Adresse der/des Sorgeberechtigten: _____

die pädagogische Fachkraft

Name der päd. Fachkraft: _____

der Kindertagesstätte _____

von Ihrer/seiner Schweigepflicht für das unten genannte Kind:

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

gegenüber dem Kompetenzteam Inklusion des Hansestadt Lübeck.

Name/n der Fachkraft/Fachkräfte _____

Name der Koordinatorin: Frau Venhorst _____

In der Beratung sprechen wir über verschiedene Themen.

Bitte kreuzen Sie an über welche Themen wir sprechen dürfen:

- ☐ Verhalten und die Entwicklung von Ihrem Kind
 - ☐ Situation in der Familie
 - ☐ Diagnosen
 - ☐ Einschulung
 - ☐ _____
-

Diese Schweigepflicht gilt, falls notwendig, ebenfalls für folgende Institutionen. Die Mitarbeitenden des Kompetenzteams dürfen auch mit der für Ihr Kind zuständigen Fachkraft folgender Institutionen sprechen.

Bitte kreuzen Sie an:

- ☐ Eingliederungshilfe Lübeck
- ☐ Gesundheitsamt Lübeck
- ☐ TiK-SH Traumapädagogik in Kindertagesstätten
- ☐ Frühförderung

Name der Frühförderkraft _____

- ☐ Behandelnde Therapeut:innen

Name der Therapeut:innen _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten: _____