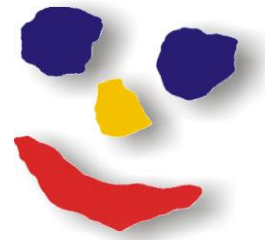




**Beratungsstelle LOGO**  
Wilhelmstraße 40 a  
49808 Lingen  
Tel. 0591-2262  
Fax: 0591-9151115  
E-Mail: [info@dksb-lingen.de](mailto:info@dksb-lingen.de)  
Internet: [www.dksb-lingen.de](http://www.dksb-lingen.de)



\_\_\_\_\_  
Name des Kindes oder Jugendlichen

## Entbindung von der Schweigepflicht

(Rechtsverbindliche Erklärung)

Ich: \_\_\_\_\_ entbinde

Frau/ Herrn: \_\_\_\_\_ von der Beratungsstelle LOGO  
des Deutschen Kinderschutzbundes Ortsverband Lingen e.V. von seiner/ ihrer  
Schweigepflicht gem. § 203 StGB / § 65 SGB VIII gegenüber:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Ich bin von Frau/ Herrn: \_\_\_\_\_ darüber aufgeklärt worden,  
dass ich die Schweigepflichtentbindung jederzeit – auch ohne Angaben von Gründen –  
für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift der/des Einwilligenden bzw. gesetzlichen Vertreter(s)