

Entbindung von der Schweigepflicht

Familienname, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ und Wohnort:

Hiermit entbinde ich die unten gekennzeichneten Personen bzw. Einrichtungen im Zusammenhang mit der Feststellung der Lernausgangslage bzw. fortlaufender diagnostischer Maßnahmen für mein Kind/ unser Kind von der Schweigepflicht.

Sie sind dazu berechtigt, mit der beauftragten Lehrkraft/ der schulischen Einrichtung/ dem MSDD mündliche und schriftliche Informationen (Gutachten, Arztberichte usw.) über mein Kind/ unser Kind auszutauschen.

_____ (ggf. Name der Lehrkraft)

	Name, Anschrift, Telefonnummer
<input type="checkbox"/> Jugendärztlicher Dienst im Gesundheitsamt*	
<input type="checkbox"/> Kindertagesstätte, Name der Erzieherin (Ermittlung Lernausgangslage)	
<input type="checkbox"/> die Klinik/ SPZ*	
<input type="checkbox"/> den Psychologen/ Schulpsychologen*	
<input type="checkbox"/> die folgende therapeutische oder beratende Einrichtung*	
<input type="checkbox"/> den Hausarzt bzw. Facharzt*	

Ort, Datum

Unterschrift(en) der Personensorgeberechtigten

*Zutreffendes ankreuzen