**Entbindung von der Schweigepflicht**

Betreffend:

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname des Kindes |  |
| geboren am: |  |
| Anschrift |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass sich | (Name der Lehrkraft) |
| (Schulname) |
|  |

bezüglich meines/unseres Kindes mit im Folgenden genannter/n Person/en schriftliche und mündliche Informationen austauschen darf.

|  |  |
| --- | --- |
| Name: | Einrichtung: |
| Person(en) der diagnostizierenden Einrichtung | (Klinik, Kita, HPT, Ergotherapeut, Hausarzt, Amt für Jugend und Familie, Fachdienste,...) |

Zum Zwecke:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Unterschrift(en) des/r Personenberechtigten\* |

Die ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht. Diese Erklärung über die Befreiung der Schweigepflicht kann jederzeit schriftlich von den Personenberechtigten widerrufen werden.

\*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift, dass er im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt oder dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht.