



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.