



Schweigepflichtentbindung

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Name des Elternteils / Name der / des Personensorgeberechtigten:

Hiermit befreie(n) ich / wir nachstehend genannte Ärzte, Kliniken, Therapeuten, Einrichtungen etc. von der Schweigepflicht gegenüber der zuständigen Schule und dem zuständigen Sonderpädagogischen Dienst.

- Kinderarzt/-ärztin _____
- Facharzt/-ärztin _____
- Kliniken _____
- SPZ _____
- Physiotherapeut/in _____
- Ergotherapeut/in _____
- Heilpädagoge/in _____
- Logopäde/in _____
- Beratungsstellen _____
- Sozial- und Jugendamt _____
- Bisherige Einrichtungen _____
- Schulkindbetreuung (SKB) _____
- Sonstige _____

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass Informationen und Gutachten, die im Interesse der Förderung des Kindes liegen, mit von mir/uns oben namentlich genannten Personen und Institutionen ausgetauscht werden.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)