

# Schweigepflichtentbindung

Wir sind/ich bin damit einverstanden, dass folgende Personen (Ärztin/Arzt, Therapeutin, Heilpädagogin,...)

Ärztin/Arzt: .....

Therapeutin/Therapeut: .....

Heilpädagogin (Frühförderstelle, SPZ): .....

Weitere Fachleute und Mitarbeiter der Schule:.....

.....  
von der Schweigepflicht entbunden werden und Auskünfte oder Berichte über unser/mein Kind an die Schule/das Therapeutenteam weiterleiten dürfen.

Name und Geburtsdatum des Kindes:

.....

Name der Schule  
(Stempel)

.....

Schulleitung: .....

Diese Schweigepflichtentbindung verbleibt im Schülerbogen meines/unseres Kindes. Die obengenannten Personen erhalten ebenfalls ein unterschriebenes Exemplar dieser Erklärung. Als Erziehungsberechtigte bin ich/sind wir jederzeit berechtigt, diese zu widerrufen.

Datum:

Unterschrift:

.....