



Schweigepflichtentbindung

Erklärung der / des Erziehungsberechtigten

Name, Vorname(n) des Kindes

Name(n), Vorname(n) der / des Erziehungsberechtigten

Adresse, Telefon

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass sich die Mobile Sonderpädagogische Hilfe des Sonderpädagogischen Förderzentrums mit behandelnden Fachdiensten und betreuenden Einrichtungen in Verbindung setzt.

Hiermit entbinde ich / entbinden wir Frau / Herrn _____ (Mitarbeiterin / Mitarbeiter der MSH) und

- die / den Mitarbeiterin / Mitarbeiter in der Kindertagesstätte Fr. / Hr. _____
- die / den Lehrerin / Lehrer der Sprengelgrundschule Fr. / Hr. _____
- die / den Therapeutin / Therapeuten (Logopädie, Ergotherapeutin) Fr. / Hr. _____
- die / den Kinderärztin / Kinderarzt Fr. / Hr. _____
- die Fachärztin / Facharzt Heckscher Klinik / Kinderzentrum / Kinder- und Jugendpsychiatrie
Fr. / Hr. _____
- die / den Mitarbeiterin / Mitarbeiter der Bezirkssozialarbeit (BSA) Fr. / Hr. _____
- _____

von der gegenseitigen Schweigepflicht.

Die Schweigepflichtentbindung ist für das oben genannte Schuljahr gültig und jederzeit schriftlich widerrufbar.

Datum

Unterschrift(en) des / der Erziehungsberechtigten

Ich handle im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil.

Ich habe das alleinige Sorgerecht.