

Entbindung von der Schweigepflicht

Name des Kindes:

geb.:

Name d. Erziehungsberechtigten:

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass **die Grundschule Osterwald** bzw. **die beauftragten Lehrkräfte** Daten, Berichte und Unterlagen über mein/ unser Kind zur Verfügung gestellt bekommen bzw. besprechen und austauschen dürfen. Alle Informationen werden vertraulich behandelt. Die Schweigepflichtentbindung bezieht sich auf folgende Ansprechpartner und Unterlagen:

Institution			ggf. Name der Institution / Ansprechpartner ergänzen
Klinik	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Arzt (Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Therapeuten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Frühförderung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Sonderpädagogischer Dienst	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Kindertageseinrichtung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Schulen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Jugendamt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Eingliederungshilfe	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Gesundheitsamt (Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Beratungsstelle	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Dieses Einverständnis kann ich / können wir jederzeit ohne Angaben von Gründen, in Teilen oder komplett, formlos widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten