

E R K L Ä R U N G

ZUR ENTBINDUNG DER SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass die

Grundschule Mieste

berechtigt ist, alle zur gezielten Förderung meines Kindes erforderlichen Auskünfte (Gutachten, Untersuchungsergebnisse, Diagnosen, Therapiepläne etc.) mündlicher und schriftlicher Art an Institutionen, die an der Maßnahme beteiligt sind, weiterzuleiten bzw. von diesen einzuholen.

Die Erklärung gilt gegenüber folgenden Personen/Institutionen:

*Zutreffendes ankreuzen

<input type="checkbox"/>	Kindergarten / Kindertagesstätte*	
<input type="checkbox"/>	Jugendärztlicher Dienst im Gesundheitsamt*	
<input type="checkbox"/>	Hausarzt / Facharzt*	
<input type="checkbox"/>	Klinik*	
<input type="checkbox"/>	Psychologen / Schulpsychologen*	
<input type="checkbox"/>	therapeutische oder beratende Einrichtung*	
<input type="checkbox"/>	folgende Personen*	

Name des Kinde: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Datum

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten