

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

für die Weitergabe von Informationen zwischen Schule und Therapeut/Arzt

Name, Klasse des Kindes:

Behandelnde Stelle / Therapeut:

Ich entbinde die oben genannte Stelle von der Schweigepflicht gegenüber der Schule (Klassenlehrer, Schulleitung, Beratungslehrer) hinsichtlich der für den Schulalltag relevanten Diagnostik und Förderung.

Umfang (z. B. bei LRS, ADHS, motorischen Einschränkungen):

Ort, Datum: _____ Unterschrift Erziehungsberechtigte: _____

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.