

Entbindung von der Schweigepflicht

Eltern/ Sorgeberechtigte: _____

Adresse: _____

Telefon/ Email: _____

Als Eltern/ Sorgeberechtigte des Kindes _____, geb. _____

entbinde/n ich/wir

die BFZ-Lehrkraft: _____
bitte Namen und ggf. Telefon eintragen

die/den BFZ-Sozialpädagog/in: _____
bitte Namen und ggf. Telefon eintragen

die Lehrkräfte: _____
bitte Namen und ggf. Telefon eintragen

die/den Schulleiter/in: _____
bitte Namen und ggf. Telefon eintragen

gegenseitig von der Schweigepflicht gegenüber nachfolgend genannten Institutionen/ Personen:

der Ärztin/dem Arzt/der Klinik: _____
bitte Namen und ggf. Telefon eintragen

der Therapeutin/dem
Therapeuten: _____
bitte Namen und ggf. Telefon eintragen

der Schulpsychologin/
dem Schulpsychologen: _____
bitte Namen und ggf. Telefon eintragen

den Mitarbeiterinnen/
dem Mitarbeiter: _____
bitte Namen und ggf. Telefon eintragen

weitere Personen (z.B. Betreuung): _____
bitte Namen und ggf. Telefon eintragen

Mit folgenden Einschränkungen: _____

Der Informationsaustausch findet ausschließlich zum Zweck der schulischen und pädagogischen Förderung des Kindes, ggf. auch zur Erstellung einer förderdiagnostischen Stellungnahme/ eines Gutachtens statt. Dies beinhaltet ggf. auch die Übersendung von schriftlichen Berichten.

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/können.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/ Sorgeberechtigten

Schule mit Förderschwerpunkt Lernen – Regionales Beratungs- und Förderzentrum

Passauer Straße 48
55246 Mainz-Kostheim

Tel: 06134 5669712
Fax: 06134 5669717

Email: albert-schweitzer-schule@wiesbaden.de
www.albert-schweitzer-schule-wiesbaden.de