

Formblatt 11

Entbindung von der Schweigepflicht	
Name, Vorname des Schülers/Schulanfängers Geburtsdatum Anschrift	
Hiermit entbinde(n) ich/wir im Zusammenhang mit dem Verfahren zur Feststellung des Sonderpädagogischen Förderbedarfs von der Schweigepflicht gegenüber der diagnostizierenden Einrichtung:	
	Name, Anschrift
<input type="checkbox"/> die Behörde des öffentlichen Gesundheitsdienstes	
<input type="checkbox"/> den Hausarzt bzw. Facharzt	
<input type="checkbox"/> die Klinik	
<input type="checkbox"/> den Psychologen	
<input type="checkbox"/> die folgende therapeutische oder beratende Einrichtung	
<input type="checkbox"/> die folgende Person	
Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die oben genannten Personen/Einrichtungen mit der	
Name, Anschrift der diagnostizierenden Förderschule	
mündlich und schriftlich Informationen (Gutachten, Arztberichte usw.) über mein/unser Kind austauschen.	
Ort, Datum	Unterschrift(en) der Eltern