**Entbindung von der Schweigepflicht**

|  |
| --- |
| **Angaben über die Schülerin/den Schüler** |
| ……………………………………………………………………………………………………...  Name Vorname geb. am  ………………………………………………………………………………………………………  Schule/Kita Schulbesuchsjahr/Klasse |

Als Inhaber/-in des Personensorgerechts für das o.g. Kind entbinde/-en ich/wir

…………………………………………………………………………………………..

Name, Vorname

folgende mit o.g. Kind befassten Personen von der Schweigepflicht:

Förderschullehrkräfte des FBZ im Landkreis Birkenfeld

Schulpsychologinnen und Schulpsychologen

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes

Beraterinnen und Berater für Autismus

Integrationshelferinnen oder Integrationshelfer

folgende Ärztinnen und Ärzte, Fachkliniken und medizinischen Institutionen,

Therapeutinnen und Therapeuten:

………………………………………………………………………..

………………………………………………………………….…….

folgende weiteren Personen:

………………………………………………………………….

Ich gestatte den vorstehenden Personen, Informationen, die der Diagnostik, Beratung, Förderung und Unterstützung des Kindes dienen, innerhalb des oder mit dem FBZ auszutauschen. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

…………….………………………………………………………………………………………

Ort, Datum Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten