

Tel: 06262 - 2893
Fax: 06262 - 5195
www.ggs-daudenzell.de
poststelle@ggs-daudenzell.schule.bwl.de

**Schweigepflichtentbindung**

Liebe Erziehungsberechtigte,

Sie und/oder die Lehrkraft/Erzieherin Ihres Kindes haben uns um Beratung, Unterstützung oder auch Überprüfung Ihres Kindes gebeten. Ärzte, Therapeuten, Pädagogen, Psychologen und Mitarbeiter des Jugendamtes unterliegen der Schweigepflicht. Nur mit Ihrer schriftlichen Einwilligung dürfen Diagnoseergebnisse und Gesprächsinhalte an uns bzw. die Schule weitergegeben werden.

Diese Ergebnisse werden streng vertraulich behandelt.

Für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, in der persönliche Fragen erörtert und gemeinsame Lösungswege gefunden werden sollen, bitten wir Sie, uns nachfolgende Einverständniserklärung unterschrieben zurück zu geben.

.....................................................................................................................................................

**Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter des Sonderpädagogischen Dienstes der Gebrüder-Grimm-Schule mein Kind im Hinblick auf seine Entwicklung beobachten und Informationen bei den behandelnden Ärzten, Therapeuten, Psychologen, Pädagogen, Erziehern, Mitarbeitern des Jugendamtes und schulpsychologischer Dienste, insbesondere

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**einholen, besprechen und austauschen** dürfen.

Die Mitarbeiter des Sonderpädagogischen Dienstes können Erkenntnisse über den Entwicklungsstand bzw. -prozess meines Kindes an Ärzte, Therapeuten, Psychologen, Pädagogen und Jugendamtsmitarbeiter weitergeben.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung verweigern oder jederzeit widerrufen kann, ohne dass dies negative Folgen für mich oder mein Kind hat.

.............................................................................. ...........................................

Name, Vorname des Kindes Geburtsdatum

..................................................................................................................................................

Anschrift

................................................. ................................................................

Ort, Datum Unterschrift eines Erziehungsberechtigten