



Name und Adresse der Erz.berechtigten

**Schweigepflichtentbindung**

Als Erziehungsberechtigte/r / Vormund des Kindes

\_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_,

wohnhaft in \_\_\_\_\_

entbinde/n ich/wir im Rahmen des Überprüfungsverfahrens zur Feststellung eines sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs für das o.g. Kind alle beteiligten Institutionen wechselseitig von der Schweigepflicht:

- eingebundene Schulen
- therapeutische Einrichtungen
- Jugendhilfeeinrichtungen
- Betreuende Erzieherinnen der Wohngruppe
- Behandelnde Ärzte
- Gesundheitsamt
- weitere Einrichtungen:.....

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass Vertreter der o.g. Institutionen bei Bedarf Kontakt miteinander aufnehmen und Informationen und Berichte im Rahmen des Verfahrens austauschen.

Diese Schweigepflichtentbindung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift