 



Boschetsriederstr. 35 | 81379 München | T. 089 · 724065340 | F. 089 · 724065349  
 Stielerstr. 6 | 80336 München | T. 089 · 7201568840 | F. 089 · 7201568842  
 Königswieserstr. 7 | 81475 München | T. 089 · 74501145 | F. 089 · 74501145

|  |  |
| --- | --- |
| Entbindung von der Schweigepflicht Betreffend : | |
| Name, Vorname des Kindes: |  |
| geboren am: |  |
| Anschrift: |  |
|  |  |
| Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass sich | (Name der Lehrkraft) |
| (Schulname) |
|  |
|  |
| bezüglich meines/unseres Kindes mit im folgender genannter Person schriftliche und mündliche Informationen austauschen darf. | |
| Name: | Einrichtung: |
| Person(en)  der diagnostizierenden Einrichtung | (Klinik, HPT, Kita, Ergotherapeut, Hausarzt, Amt für Jugend und Familie, Fachdienste…) |
| Zum Zwecke: |  |
|  | |
|  |  |
| Datum | Unterschrift(en) der Personensorgeberechtigten |

Die ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht. Diese Erklärung über die Befreiung der Schweigepflicht kann jederzeit schriftlich von den Personenberechtigten widerrufen werden.