

Schweigepflichtentbindung

Name: **Vorname:**
Geburtsdatum: **Klasse:**
Straße: **Wohnort:**
Eltern/Sorgeberechtigte:

- ☐ Hiermit befreie ich / befreien wir die Schulleitung der Schule bzw. die Klassenleitung unseres Kindes gegenüber dem schulischen Personal, insbesondere der Sonderpädagogik, der Klassenkonferenz und der Schulsozialarbeit, von ihrer Schweigepflicht. Sie dürfen demnach Informationen, die der Diagnostik, der Beratung, der Förderung und Unterstützung dienen, austauschen, um geeignete pädagogische und didaktische Unterstützungsangebote abzustimmen.
- ☐ Zudem entbinde ich / entbinden wir die folgenden mit meinem / unserem Kind befassten Personen im Rahmen der Beratung und Förderung zur schulischen Entwicklung von der Schweigepflicht:

Nr.	Name der Institution/Person
	(z. B. Schulpsychologin/Schulpsychologe, Psychotherapeutin/Psychotherapeut, Lerntherapeutin/Lerntherapeut, Fachärztin/Facharzt)

Sie dürfen sich demnach über das Verhalten und die Entwicklung unseres Kindes in der Schule und über den Inhalt der Beratungs- und Therapiegespräche austauschen.

Das schulische Personal ist verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln.

Diese Einwilligung(en) erteile ich / erteilen wir freiwillig. Sie ist / sind gültig für:

☐ die Dauer der Schulzugehörigkeit ☐ das aktuelle Schuljahr.

Mir / Uns ist bekannt, dass ich / wir diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann / können.

Ort, Datum:

Unterschrift: /
(Eltern/Sorgeberechtigte)