

# Entbindung von der Schweigepflicht



\_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
(Name der Schülerin / des Schülers)

Ich bin mit der Weitergabe von pädagogischen, psychologischen, medizinischen und therapeutischen Berichten, Informationen und Unterlagen über die Einschätzung der gesundheitlichen / emotionalen Verfassung meines Sohnes / meiner Tochter einverstanden und entbinde hiermit die nachfolgend genannten Ärztinnen / Ärzte / Fachkräfte und Institutionen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Schulleitung, vertreten durch Herrn Bumann und Frau Müller, sowie folgenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bertholdschule:

\_\_\_\_\_ (Namen)

- Hausärztin / Hausarzt:
- Kinderärztin / Kinderarzt:
- Ärztin / Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie:
- Kinderklinik / SPZ:
- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie:
- Uniklinik:
- Frühförderung:
- Kindergarten:
- Grundschulförderklasse:
- Beratungsstelle:
- Andere:

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Erziehungsberechtigte)