



Entbindung der Schweigepflicht

Name des Kindes: Vorname: Geburtsdatum:

Damit alle bereits erhobenen Informationen für die Beratung und Förderung Ihres Kindes genutzt werden können, bitten wir Sie um eine Entbindung der Schweigepflicht. Ich / wir entbinden

- die Erziehungsberatungsstelle (Frau / Herr _____)
- den schulpsychologischen Dienst (Frau / Herr _____)
- die Ergotherapeutin / den Ergotherapeuten (Frau / Herr _____)
- die Logopädin / den Logopäden (Frau / Herr _____)
- den Hausarzt / Kinderarzt (Frau / Herr _____)
- die Klinik für Kinder- / Jugendpsychiatrie (Frau / Herr _____)
- die Frühfördereinrichtung (Frau / Herr _____)
- die Kindertagesstätte (Frau / Herr _____)
- die Therapiepraxis (Frau / Herr _____)
- das Jugendamt (Frau / Herr _____)
- das Hochbegabtenzentrum Brühl (Frau/Herr _____)
- _____
- _____

gegenüber der Schule und der Lehrkraft Frau / Herr _____

von der (ärztlichen) Schweigepflicht für unsere Tochter / unseren Sohn

_____, geboren am _____.

Bonn, ____ . ____ . _____

Unterschrift der Erziehungsberechtigten