



## 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 / Herrn \_\_\_\_\_)
- den schulpsychologischen Dienst (Frau / Herrn \_\_\_\_\_)
- die Ergotherapeutin / den Ergotherapeuten (Frau / Herrn \_\_\_\_\_)
- die Logopädin / den Logopäden (Frau / Herrn \_\_\_\_\_)
- den Hausarzt / Kinderarzt (Frau / Herrn \_\_\_\_\_)
- die Klinik für Kinder- / Jugendpsychiatrie (Frau / Herrn \_\_\_\_\_)
- die Frühförderereinrichtung (Frau / Herrn \_\_\_\_\_)
- die Kindertagesstätte (Frau / Herrn \_\_\_\_\_)
- die Therapiepraxis (Frau / Herrn \_\_\_\_\_)
- das Jugendamt (Frau / Herrn \_\_\_\_\_)
- das Hochbegabtenzentrum Brühl (Frau/Herrn \_\_\_\_\_)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

gegenüber der Schule und der Lehrkraft Frau / Herrn \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_.

Bonn, \_\_\_\_\_

Unterschrift der Erziehungsberechtigten