

## Schweigepflichtsentbindung

Wir sind damit einverstanden, dass folgende Personen (Arzt, Therapeut, Heilpädagogen o. ä.)

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

Name des Therapeuten: \_\_\_\_\_

Name der Heilpädagogen: \_\_\_\_\_

Offene Behindertenarbeit

Familienentlastender Dienst: \_\_\_\_\_

Andere Fachleute: \_\_\_\_\_

von der Schweigepflicht entbunden werden und Auskünfte oder Berichte über unser Kind, \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_, an die Notker-Schule, Privates Förderzentrum, Förderschwerpunkt geistige Entwicklung oder an den Heilpädagogische Kindergarten, weiterleiten dürfen. Diese Entbindung erfolgt auf Gegenseitigkeit.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten