

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