

ERKLÄRUNG ZUR ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die Einrichtung

(Name und Adresse der Einrichtung)

berechtigt ist, alle zur gezielten Förderung meines Kindes erforderlichen Auskünfte (Gutachten, Untersuchungsergebnisse, Diagnosen, Therapiepläne etc.) mündlicher und schriftlicher Art an Institutionen, die an der Maßnahme beteiligt sind, weiterzuleiten bzw. von diesen einzuholen.

Diese Erklärung gilt gegenüber folgenden Personen/Institutionen:

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

(Ort, Datum, Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)