



**Förderschwerpunkte:** Lernen – Sprache – Sehen – Hören – körperliche und motorische Entwicklung – emotionale und soziale Entwicklung – geistige Entwicklung – kranke Schülerinnen und Schüler

### Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname des Kindes:	
geboren am:	
Anschrift:	

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass der/die zuständige Mitarbeiter*in des MSD Autismus/MSH Autismus	(Name)
	(Schulname)
	(Telefonnummer, Email)

bezüglich meines/unseres Kindes mit folgender Person gegenseitig schriftliche und mündliche Informationen austauschen darf.

Name:	Einrichtung:
Einrichtung/ Person Telefonnummer, E-Mail	(Klinik, HPT, Kita, SVE, Ergotherapeut, Hausarzt, Amt für Jugend und Familie, BSA, Fachdienste, Schule, SPZ, Nachmittagsbetreuung, ...)

Zum Zwecke:

--

Datum	Unterschrift(en) des/ der Personensorgeberechtigten
-------	---

Ich handle im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil

Ich habe das alleinige Sorgerecht

Die ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht. Diese Erklärung über die Befreiung von der Schweigepflicht kann jederzeit schriftlich von den Personensorgeberechtigten widerrufen werden.

