



Erziehungsberechtigte: Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon

E-Mail

Einverständniserklärung/Schweigepflichtentbindung

Name und Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind von den Mobilien Sonderpädagogischen Diensten (MSD) auf begrenzte Zeit betreut wird. Außerdem bin ich/ sind wir mit den notwendigen standardisierten Intelligenzverfahren zur formellen Diagnostik einverstanden.

Hiermit erteile ich/erteilen wir folgenden Fachdiensten bzw. Mitarbeiter*innen der Schule die wechselseitige Entbindung von der Schweigepflicht. Unzutreffende Stellen sind durchzustreichen.

- Mobile Sonderpädagogische Dienste/Beratungslehrkräfte
- Lehrkräfte/Schulleitung der zuständigen Schule
- Ärzte und Fachkliniken
- Schulsozialarbeit/ Jugendamt
- Kindergärten/Erzieherinnen
- Außerschulische Fachdienste (Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie)
- Sonstige: _____

Die Schweigepflichtentbindung betrifft auch die Einsicht in alle für die Beratung notwendigen Unterlagen. Die Erkenntnisse dienen dem besseren Kennenlernen sowie der Unterstützung und Förderung der Schülerin/ des Schülers.

Die Gültigkeit der Einverständniserklärung/Schweigepflichtentbindung ist auf den Zeitraum der Betreuung durch den MSD bzw. auf den Zeitraum des Schulbesuchs des Kindes an der Kampenwand-Schule begrenzt.

Ort, Datum

Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten

- Ich handle im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil
- Ich habe das alleinige Sorgerecht