



\_\_\_\_\_  
Name(n) des/ der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Email

## Einverständniserklärung/Schweigepflichtentbindung

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind von den Mobilien Sonderpädagogischen Hilfen (MSH) auf begrenzte Zeit betreut wird. Außerdem bin ich/ sind wir mit den notwendigen Tests zur formellen/informellen Diagnostik und Intelligenz 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 Hilfen/Beratungslehrkräfte
- Lehrkräfte/Schulleitung der zuständigen Schule
- Ärzte und Fachkliniken
- Schulsozialarbeit
- 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 des Kindes.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten

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