|  |
| --- |
|  |

Ort, Datum

|  |
| --- |
| (Erziehungsberechtigte/r) |
| (Straße, Haus-Nr.) |
| (PLZ, Ort) |
| (Telefon-Nr.) |

# **Schweigepflichtentbindung**

Mit dem Schulamt für den Kreis Paderborn und den beauftragten Lehrpersonen habe(n) ich/wir für mein/unser Kind

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Name Vorname Geburtsdatum

diagnostische Fragen im Verfahren zur Feststellung eines sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs zu klären.

Im Interesse des Kindes entbinde ich/wir deshalb folgende Person/en bzw. Institution/en gegenüber dem Schulamt und den beauftragten Gutachtern/innen von der Schweigepflicht:

Kindertageseinrichtung

LWL-Klinik Marsberg und/oder Paderborn ­­­­­­­­­­­­­

Ärzte

Therapeuten

SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum)

Gesundheitsamt

Jugendamt/SPFH

sonstige

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten Unterschrift der/des 2. Erziehungsberechtigten

(bei getrennt lebenden Eltern)