



Einverständniserklärung/Schweigepflichtsentbindung
der Erziehungsberechtigten:

.....
Name des Kindes

.....
Name des Erziehungsberechtigten

.....
Anschrift / Telefon

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass
Daten / Informationen / Befunde und Gutachten über mein/unser Kind

- des Hausarztes / Kinderarztes**

..... Ansprechpartner, Einrichtung

- der Kinderklinik / SPZ**

..... Ansprechpartner, Einrichtung

- folgender therapeutischer Fachkräfte:**

..... Ansprechpartner, Einrichtung

.....

- der Schulsozialarbeit an der KGHS Leonberg:**

..... Ansprechpartner/in

- evtl. abgebende Einrichtungen:**

Frühberatung Name/Ort.....

Kindergarten Name/Ort.....

Schule Name/Ort.....

**von den Lehrkräften angefordert, besprochen und ausgetauscht werden dürfen. Dieser Austausch dient der optimalen Förderung der Kinder.
Die Lehrkräfte sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln!**

Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten