|  |  |
| --- | --- |
| BW55_KL_sw_weiss | Staatliches Schulamt Tübingen |

**Formular 3 Sonderpädagogik**

|  |
| --- |
| Entbindung von der Schweigepflicht |

|  |
| --- |
| Name des Kindes:       geb.:       |
| Name d. Erziehungsberechtigten:       |

[ ]  Antrag auf sonderpädagogische Beratung und Unterstützung

[ ]  Antrag zur Prüfung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot

[ ]  Sonstiges

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass **das Staatliche Schulamt Tübingen** bzw. **die beauftragten Lehrkräfte** Daten, Berichte und Unterlagen über mein/ unser Kind zur Verfügung gestellt bekommen bzw. besprechen und austauschen dürfen. Alle Informationen werden vertraulich behandelt.

Die Schweigepflichtentbindung bezieht sich auf folgende Ansprechpartner und Unterlagen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institution** |  |  | **Name der Institution****ggf. (gewünschte) Ansprechpartner**  |
| Klinik | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
| Arzt (Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht) | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
| Therapeuten | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
| Frühförderung | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
| Kindertageseinrichtung | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
| Schulen | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
| Jugendamt | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
| Eingliederungshilfe  | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
| Gesundheitsamt (Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht) | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
| Beratungsstelle | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
|       | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
|       | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |

Die Schweigepflichtentbindung endet zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Davor kann dieses Einverständnis jederzeit ohne Angaben von Gründen, in Teilen oder komplett, formlos widerrufen werden.

Ort, Datum Unterschrift d. Erziehungsberechtigten