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