

Einverständniserklärung und Schweigepflichtsentbindung

Hiermit erklären sich die Sorgeberechtigten, _____
und _____ damit einverstanden, dass der Schüler / die
Schülerin _____ geb. am _____
Schule _____ Klasse _____ dem schulpsychologischen
Dienst zu einer pädagogisch-psychologischen Beratung vorgestellt wird.

Ich/wir stimme/n zu, dass das Kind in diesem Rahmen vom schulpsychologischen Dienst mit den notwendigen diagnostischen Verfahren überprüft wird.

Darüber hinaus bin ich/sind wir damit einverstanden, dass Informationen von der zuständigen Schule und anderen Institutionen durch den schulpsychologischen Dienst zum Zweck der Schulberatung eingeholt bzw. an diesen weitergegeben werden können (wechselseitige Schweigepflichtsentbindung).

- Lehrkräfte meines Kindes, Name:
 - Schulleitung, Name:
 - Beratungslehrkraft, Name:
 - Schulpsychologe, Name:
 - Mobiler sonderpädagogischer Dienst, Name:
 - Jugendsozialarbeit, Name:
 - Mittagsbetreuung, Name:
 - Psychologen/Therapeuten, Name:
 - Behandelnde Ärzte, Name:
 - Jugendamt, Name:
 - Beratungseinrichtung, Name:
 - Sonstige Stellen, Name:
- (Bitte Zutreffendes ankreuzen und **namentlich** angeben.)

Die Gültigkeit der Entbindung von der Schweigepflicht endet mit der Erfüllung des Anlasses bzw. des Zwecks. Darüber hinaus können die Sorgeberechtigten das Ende der Entbindung von der Schweigepflicht in schriftlicher Form feststellen.

Mit unserer Unterschrift versichere ich/versichern wir, dass die diagnostische Überprüfung als auch die Entbindung von der Schweigepflicht von **allen** Sorgeberechtigten gewünscht ist.

Ort, Datum, Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift