
(Vor- und Nachname)

(Ort, Datum)

(Straße, Nr.)

(PLZ, Ort)

(Telefon-Nr.)

Schweigepflichtentbindung

Mit dem Schulamt für den Kreis Höxter und den beauftragten Lehrpersonen habe(n) ich/wir für

(Name, Vorname des Kindes)

(Geburtsdatum)

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

Im Interesse des Kindes entbinde(n) 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 Höxter: _____
- Ärzte: _____
- Therapeuten: _____
- SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum): _____
- Gesundheitsamt: _____
- Sonstige: _____

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Unterschrift der/des 2. Erziehungsberechtigten
(nur bei getrenntlebenden Erziehungsberechtigten)