



Schweigepflichtentbindung

Name und Anschrift der/ des Erziehungsberechtigten

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Die Schweigepflichtentbindung bezieht sich auf unser/ mein Kind:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. (Name, Vorname des Kindes)	geb. am Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.
---	---

Wählen Sie ein Element aus, damit einverstanden, dass sich folgende Personen mit einer Lehrkraft der Selma-Lagerlöf Schule, Dreieich über Wählen Sie ein Element aus. Wählen Sie ein Element aus, austauschen:

<input type="radio"/> Kinderärztin/ -arzt: Name, Ort	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
<input type="radio"/> Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) Ansprechpartner, Ort	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
<input type="radio"/> Therapie (z.B. Logo, Ergo) Ort, Name	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
<input type="radio"/> Andere	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
<input type="radio"/> Andere	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Beide Seiten werden für einen gegenseitigen Austausch von der Schweigepflicht entbunden. Dies beinhaltet auch die Weitergabe von Berichten, Diagnosen und anderen Einschätzungen.

Dreieich, Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. (Ort, Datum)	(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)
---	---