

Schweigepflichtentbindung

Ich bin damit einverstanden, dass Frau _____ Mitarbeiterin der Korbinianschule Steinhöring, Förderzentrum mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, bezüglich meines Kindes _____, geboren am _____, mit folgenden Einrichtungen und Personen Informationen austauschen darf: *(Bitte geben Sie, wenn möglich, auch die Telefonnummern an.)*

- Individualbegleitung (und deren Träger):

- Kindergarten/SVE*:

- zuständige Regelschule:

- zuständiges Förderzentrum:

- Therapeuten (ErgotherapeutIn/LogotherapeutIn/sonstige TherapeutInnen):

- Hausarzt/Kinderarzt*:

- Bezirkssozialarbeit (BSA):

- Heckscher-Klinik/Kinderzentrum*:

(* nicht Zutreffendes bitte streichen). Die ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten