



☎ 08191/65 71 09-0 , 📠 08191/65 71 09 30  
E-Mail: [msh@foerzentrum-landsberg.de](mailto:msh@foerzentrum-landsberg.de)

## MSH- Entbindung von der Schweigepflicht

Betreffend :

Name, Vorname des Kindes:	
geboren am:	
Anschrift:	

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass sich	(Name der Lehrkraft)
	(Schulname)

bezüglich meines/unseres Kindes mit im folgender genannter Person schriftliche und mündliche Informationen austauschen darf.

Name:	Einrichtung:
Person(en) der diagnostizierenden Einrichtung	(Klinik, HPT, Kita, Ergotherapeut, Hausarzt, Amt für Jugend und Familie, Fachdienste...)

Zum Zwecke:

--

Datum	Unterschrift(en) der Personensorgeberechtigten
-------	--

Die ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht. Diese Erklärung über die Befreiung der Schweigepflicht kann jederzeit schriftlich von den Personenberechtigten widerrufen werden.

\* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift, dass er im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt oder dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht.