



Staatliches Schulamt Nordthüringen
Franz-Weinrich-Straße 24, 37339 Leinefelde-Worbis

Schweigepflichtentbindung

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Adresse des Kindes: _____

Hiermit entbinde ich die Mitarbeiter des Schulpsychologischen Dienstes Nordthüringen von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgenden Institutionen und deren Mitarbeitern. Gleichmaßen gestatte ich den beiderseitigen Austausch von Informationen (u.a.: Einsicht in die Schülerakte, Befundberichte, testpsychologische Befunde, ärztliche Epikrisen, Informationsaustausch über Interventionsmaßnahmen) bezüglich meines Sohnes / meiner Tochter, die zur weiteren Beratung notwendig erscheinen. Ich wurde über die Freiwilligkeit zur Entbindung der Schweigepflicht aufgeklärt.

- Schule / Hort: _____
- Mobiler Sonderpädagogischer Dienst (MSD) / Team zur Qualitätssicherung der sonderpädagogischen Begutachtung (TQB)
- Referenten der Schulaufsicht
- Jugendamt
- Krankenhäuser / Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken und Einrichtungen
- Polizei
- andere Beratungsstellen / Institutionen: - _____
- _____

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten