

\_\_\_\_\_  
(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)