**Mobiler Sonderpädagogischer Dienst**

an der Heinrich-Schaumberger-Schule

Privates Sonderpädagogisches Förderzentrum

Judenberg 44, 96450 Coburg

Tel. 09561/37577, Fax 420978

E-Mail: [HSS\_Coburg@t-online.de](mailto:HSS_Coburg@t-online.de)

**Entbindung von der Schweigepflicht**

Einverständnis zum Austausch von Informationen zwischen Schule, pädagogischem Personal, Psychologen, Therapeuten, Ärzten, Betrieben und Berufsberatung

Hiermit entbinde/n ich/wir,

|  |
| --- |
|  |

den MSD-Autismus

|  |
| --- |
|  |

von ihrer/seiner Schweigepflicht über mein/unser Kind

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  | |
| geboren am |  |

gegenüber folgenden Institutionen:

|  |  |
| --- | --- |
| Schule: |  |
| Beratungslehrer/Schulpsychologe: |  |
| Jugendamt/Familienhilfe: |  |
| Therapeuten/Psychologen: |  |
| Kliniken: |  |
| Ärzte: |  |
| Hort/OGS/Heilpädagogische Tagesstätte: |  |
| andere Institutionen: |  |
|  | |

Diese Schweigepflicht gilt für die Dauer der Betreuung des genannten Kindes durch den Mobilen Sonderpädagogischen Dienst Autismus und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum: | Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigten/r: |
|  |  |