



## Schweigepflichtentbindung

Ich bin damit einverstanden, dass der MSD, vertreten durch Frau \_\_\_\_\_  
bezüglich meines Kindes \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_  
mit folgenden Einrichtungen und Personen Informationen austauschen darf.

- Kindergarten/ SVE

\_\_\_\_\_

- Zuständige Grundschule

\_\_\_\_\_

- Logopäde/in

\_\_\_\_\_

- Ergotherapeut/in

\_\_\_\_\_

- Sonstige Therapeuten

\_\_\_\_\_

- Hausarzt

\_\_\_\_\_

- Bezirkssozialarbeit (BSA)

\_\_\_\_\_

- Heckscher-Klinik

\_\_\_\_\_

- Kinderzentrum

\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

Die ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten

