

# Staatliches Schulamt Backnang

**Schweigepflichtentbindung**

Ich/wir entbinde/n die Lehrkraft der Sonderpädagogik/Autismusbeauftragte Frau/Herr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ an der Schule/Institution \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ von der Schweigepflicht gegenüber unten genannten Personen/Institutionen für die

[ ]  Beratung durch den Sonderpädagogischen Dienst

[ ]  Beratung durch eine/-n Autismusbeauftragte/-n

[ ]  Prüfung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot (SBA)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des Kindes:       Geburtsdatum:

Besuchte Schule:

Klassenlehrer/in:       Klasse:

Namen und Anschrift(en) der Eltern/Sorgeberechtigten:

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]**  Ich bin allein erziehungsberechtigt.               Telefon:       E-Mail-Adresse (freiwillig):       |                Telefon:       E-Mail-Adresse (freiwillig):       |

**Für die Beratung/Prüfung des Anspruchs SBA dürfen bei den folgenden/unten genannten Personen/Institutionen Informationen über mein/unser Kind eingeholt werden.**

Bitte tragen Sie jeweils die zuständige Person sowie den Namen und die Anschrift der Institution ein:

[ ]  Schulpsychologie/Beratungslehrkraft:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Klinik, z.B. Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Beratungsstelle, z.B. Frühförderung, Familienberatung:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Jugendamt, z.B. Sozialer Dienst:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Sozialamt, z.B. Eingliederungshilfe:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Weitere Personen/Institutionen, z.B. Ergotherapie, Logopädie, Lerntherapie, außerschulische Angebote:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Die eingeholten Informationen/Daten zum Kind werden für den Zeitraum des Verfahrens datenschutzkonform aufbewahrt. Mir/uns ist bekannt, dass die Schweigepflichtentbindung freiwillig und auf die Dauer des Prozesses beschränkt ist. Zudem kann sie jederzeit vollständig oder teilweise widerrufen werden. Dabei bleibt die bis zum Widerruf bereits erfolgte Verarbeitung der Daten meines/unseres Kindes weiterhin rechtmäßig. Die Mitarbeitenden sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln. Sie unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Ich hatte/wir hatten Gelegenheit, Fragen zu stellen, welche geklärt worden sind. |

Mir/uns wurde eine Kopie dieser Schweigepflichtentbindung ausgehändigt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/-r / Sorgeberechtigte/-r

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/-r / Sorgeberechtigte/-r