

# Schweigepflichtentbindung



---

Name, Vorname der Eltern/Sorgeberechtigten

---

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

---

Name der Kindertageseinrichtung

Hiermit entbinde(n) ich/wir als Sorgeberechtigte(r) des o. a. Kindes die Ärztinnen / Ärzte und das medizinische Fachpersonal des Gesundheitsamtes von ihrer Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) für das o.a. Kind **gegenüber den behandelnden Kinder-, Haus-, Fachärztinnen und -ärzten sowie Therapeutinnen u. Therapeuten des Kindes**

**(bitte Name und Ort der Ärzte / Therapeuten angeben)**

---

---

---

---

---

zur Vervollständigung der medizinischen Einschätzung im Rahmen der Gesamtbeurteilung von Schulvorläuferfertigkeiten und schulrelevanten Erkrankungen

sowie

**gegenüber der o. g. Kindertageseinrichtung und der aufnehmenden Schule / Schulamt** zur Feststellung, Erörterung und Abstimmung von Unterstützungs- / Förderbedarfen und geeigneten Fördermöglichkeiten, erforderlichenfalls auch unter Bezeichnung der entsprechenden schulrelevanten Diagnosen.

Darüber hinaus entbinde(n) ich / wir die o. g. behandelnden Ärzte / Therapeuten ihrerseits von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem o.a. medizinischen Personal des Gesundheitsamtes.

Mir / uns ist bekannt, dass ich / wir die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgebe(n) und ein Widerruf jederzeit möglich ist.

---

Ort/Datum

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten