

# Entbindung von der Schweigepflicht und Zustimmung zur Datenübermittlung

Kind (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Erziehungsberechtigte (Name, Vorname, Anschrift)	

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter der Mobilen Sonderpädagogischen Hilfe (MSH) im Interesse meines Kindes mit den Fachkräften folgender Stellen zusammenarbeiten und Informationen austauschen darf:

- Frühförderstelle \_\_\_\_\_
- Kinderarztpraxis \_\_\_\_\_
- Facharztpraxis \_\_\_\_\_
- Ergotherapie - Praxis \_\_\_\_\_
- Logopädie - Praxis \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Die Einwilligung ist freiwillig. Aus der Nichterteilung oder dem Widerruf der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte