

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

(Erziehungsberechtigte/r)
(Straße, Haus-Nr.)
(PLZ, Ort)
(Telefon-Nr.)

### Schweigepflichtentbindung

Mit dem Schulamt für den Kreis Paderborn und den beauftragten Lehrpersonen habe(n) ich/wir für mein/unser Kind

Name	Vorname	Geburtsdatum

diagnostische Fragen im Verfahren zur Feststellung eines sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs zu klären.

Im Interesse des Kindes entbinde ich/wir deshalb folgende Person/en bzw. Institution/en gegenüber dem Schulamt und den beauftragten Gutachtern/innen von der Schweigepflicht:

- Kindertageseinrichtung \_\_\_\_\_
- LWL-Klinik Marsberg und/oder Paderborn \_\_\_\_\_
- Ärzte \_\_\_\_\_
- Therapeuten \_\_\_\_\_
- SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum) \_\_\_\_\_
- Gesundheitsamt \_\_\_\_\_
- Jugendamt/SPFH \_\_\_\_\_
- sonstige \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des 2. Erziehungsberechtigten  
(bei getrennt lebenden Eltern)