



**Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West
im Bildungscampus Freiham**

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64600 Fax: 089/233-64644

Entbindung von der Schweigepflicht

| | |
|---------------------------|--|
| Name, Vorname des Kindes: | |
| geboren am: | |
| Anschrift: | |

| | |
|--|------------------|
| Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass die Lehrkraft | |
| | SFZ München-West |

bezüglich meines/unseres Kindes mit folgender Person gegenseitig schriftliche und mündliche Informationen austauschen darf.

| | |
|--|---|
| Name: | Einrichtung: |
| Einrichtung/ Person Telefonnummer, E-Mail | (Klinik, HPT, Kita, SVE, Ergotherapeut, Hausarzt, Amt für Jugend und Familie, BSA, Fachdienste, Schule, SPZ, Nachmittagsbetreuung, ...) |

Zum Zwecke:

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|-------|---|
| Datum | Unterschrift(en) des/ der Personensorgeberechtigten |
|-------|---|

- Ich handle im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil
- Ich habe das alleinige Sorgerecht

Die ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht. Diese Erklärung über die Befreiung von der Schweigepflicht kann jederzeit schriftlich von den Personensorgeberechtigten widerrufen werden.