



Einverständniserklärung zum Datenaustausch:

Mir/uns ist bekannt, dass die Einwilligung freiwillig ist. Zudem kann diese Einwilligung vollständig oder teilweise jederzeit widerrufen werden. Dabei bleibt die bis zum Widerruf bereits erfolgte Verarbeitung der Daten meines/unseres Kindes weiterhin rechtmäßig.

Dieser Vordruck braucht nicht zurückgegeben werden, wenn keine Einwilligung erteilt wird. Ich/Wir hatte/n Gelegenheit, Fragen zu stellen und habe/n darauf Antwort erhalten.

Name des Kindes, Geburtsdatum: _____

Name der Sorgeberechtigten: _____

Anschrift, Telefon: _____

Ich bin /Wir sind damit einverstanden, dass von der Sonderpädagogischen Beratungsstelle Daten / Informationen / Befunde / Berichte

des Hausarztes / Kinderarztes:

.....(Name, Anschrift)

der Logopädin:

.....(Name, Anschrift)

des Kindergartens:

.....(Ansprechpartner, Einrichtung)

.....

.....(Ansprechpartner, Einrichtung)

.....

.....(Ansprechpartner, Einrichtung)

über mein / unser Kind zum Zwecke der Beratung und Förderplanung einholen, besprechen und austauschen darf.

Die Mitarbeiterin der Beratungsstelle ist verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln. Sie unterliegt der Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Datum, Unterschrift(en)¹.....

1 Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, es sei denn, die personensorgeberechtigten Eltern leben getrennt und das Kind hält sich mit Einwilligung des einen Elternteils oder auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung gewöhnlich bei dem anderen Elternteil auf. In diesem Fall genügt die Unterschrift desjenigen Elternteils, bei dem sich das Kind aufhält.

Änderung (siehe Markierung)

Datum, Unterschrift(en):

