

## ***Einverständniserklärung***

Name und Anschrift der  
**Erziehungsberechtigten:**

---

---

---

Name des **Kindes:**

---

Ich beantrage **Beratung** und ggf. **Förderung** durch das Beratungs- und Förderzentrum.

Mit den dafür notwendigen diagnostischen Verfahren durch das Beratungs- und Förderzentrum bin ich einverstanden.

**Hiermit entbinde ich / entbinden wir** das pädagogische Personal der für unser Kind zuständigen Schule/vorschulischen Einrichtung sowie das überregionale Beratungs- und Förderzentrum wechselseitig von ihrer Schweigepflicht.

Falls erforderlich, entbinde ich/entbinden wir folgende Einrichtungen/Personen von der Schweigepflicht gegenüber dem üBFZ:

- die Ärztin/den Arzt \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_
- die Therapeutin/den Therapeut \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_
- die Schulpsychologin/den Schulpsychologen \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_
- die Mitarbeiterin/den Mitarbeiter des Jugendamtes \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_
- folgende weitere Person: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_