



Einwilligung zum Informationsaustausch und Schweigepflichtentbindung

Angaben zum Kind

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Einschulungsjahr: _____

1. Zweck der Einwilligung

Um den Übergang in die Schule sowie die schulische Entwicklung und individuelle Förderung unseres Kindes bestmöglich zu unterstützen, kann ein Austausch zwischen der Schule und den Personen bzw. Einrichtungen, die an der Betreuung, Förderung, Behandlung oder Entwicklung unseres Kindes beteiligt sind, erforderlich sein.

2. Von der Einwilligung erfasster Personenkreis

Die Einwilligung gilt für die Lehrkräfte und pädagogischen bzw. schulischen Mitarbeitenden der oben genannten Grundschule, die unser Kind aktuell oder künftig unterrichten, betreuen, begleiten oder fördern.

Eine namentliche Benennung der einzelnen Lehrkräfte erfolgt nicht, da diese zum Zeitpunkt der Schulanmeldung noch nicht feststehen.

3. Mögliche Gesprächs- und Austauschpartner

Der Informationsaustausch darf – soweit für die Unterstützung unseres Kindes erforderlich – insbesondere erfolgen mit:

- ☐ Kindertageseinrichtung / Kindergarten / Kindertagesstätte
- ☐ Kinderärztinnen / Kinderärzten
- ☐ Fachärztinnen / Fachärzten
- ☐ Therapeutinnen / Therapeuten, z. B. Logopädie, Ergotherapie oder Physiotherapie
- ☐ Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen / -psychotherapeuten
- ☐ Frühförderstellen
- ☐ Beratungsstellen
- ☐ weiteren Fachpersonen oder Einrichtungen, die unmittelbar an der Betreuung, Förderung oder Behandlung unseres Kindes beteiligt sind



4. Umfang des Informationsaustauschs

Ausgetauscht werden dürfen ausschließlich für die schulische Unterstützung, Förderung und Betreuung unseres Kindes erforderliche Informationen.

Dies können beispielsweise Informationen sein über:

den Entwicklungs- und Lernstand,

den individuellen Unterstützungs- und Förderbedarf,

die soziale und emotionale Entwicklung,

bereits bestehende Fördermaßnahmen,

für den Schulalltag relevante medizinische oder therapeutische Aspekte,

Empfehlungen für die schulische Förderung.

Die pauschale Übermittlung vollständiger Patienten-, Therapie- oder sonstiger Unterlagen ist von dieser Einwilligung nicht umfasst.

Es werden grundsätzlich nur Informationen ausgetauscht, die für die schulische Unterstützung, Förderung und Betreuung des Kindes erforderlich sind.

5. Schweigepflichtentbindung

Soweit gesetzliche Schweigepflichten bestehen, entbinde/n ich/wir die oben genannten, jeweils am Austausch beteiligten Personen und Stellen im erforderlichen Umfang von ihrer Schweigepflicht, soweit dies zur Erreichung des oben genannten Zwecks notwendig ist.

6. Freiwilligkeit und Widerruf

Die Erteilung dieser Einwilligung ist freiwillig.

Ich/Wir kann/können diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen. Der Widerruf kann gegenüber der Schule erfolgen.

Bereits rechtmäßig erfolgte Informationsübermittlungen bleiben vom Widerruf unberührt.

Die Einwilligung gilt ab Unterzeichnung und grundsätzlich für die Dauer des Besuchs unseres Kindes an der oben genannten Grundschule, sofern sie nicht vorher widerrufen wird.



Erklärung der Sorgeberechtigten

Ich/Wir habe/n die vorstehende Erklärung gelesen und verstanden und erteile/n die Einwilligung zum erforderlichen Informationsaustausch sowie die entsprechende Schweigepflichtentbindung.

Ort, Datum: _____

Sorgeberechtigte/r 1

Name: _____

Unterschrift: _____

Sorgeberechtigte/r 2

Name: _____

Unterschrift: _____

☐ Ich/Wir bin/sind allein sorgeberechtigt.

Individuelle Einschränkungen

☐ Die Einwilligung wird ohne Einschränkungen erteilt.

☐ Folgende Personen / Stellen sind von der Einwilligung ausdrücklich ausgenommen:

☐ Die Einwilligung wird auf folgende Personen / Stellen beschränkt: