

**Einverständniserklärung (Schweigepflichtsentbindung)
für Bildungs-/Erziehungs- Einrichtungen**

Ich bin damit einverstanden, dass das Praxisteam der Gemeinschaftspraxis Gradl und Lindner im Rahmen seiner Untersuchungen und Behandlungen **mündliche und schriftliche therapierelevante Auskünfte** über

Name, Vorname _____

Geburtstag: _____

Adresse: _____

bei nachfolgend genannten **Bildungs-/Erziehungs- Einrichtungen einholen** und sich **austauschen** darf. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit **schriftlich** widerrufen werden.

Name der Einrichtung/Person	Ort	Funktion
		Schule
Zuständige		Klassenleitung
Zuständiger		Schulpsychologischer Dienst
Sonderpädagogisches Gutachten		Diagnostik

Erklärender (Zutreffendes bitte ankreuzen!!!):

Patient Mutter Vater andere:.....

Ort, Datum,

Unterschrift