

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

**(Schul-) Jahr**

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

den Schüler/die Schülerin \_\_\_\_\_

geboren am, 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
		Klassenleitung
Zuständiger		Schulpsychologischer Dienst

Schwandorf, \_\_\_\_\_

**Erklärender (Zutreffendes bitte ankreuzen!!!):**

Patient     Mutter     Vater     andere: .....

Informationsaustausch per Fax und eMail ist erlaubt:     Ja     Nein

\_\_\_\_\_  
Unterschrift