

### Datenschutzerklärung / Schweigepflichtsentbindung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass der Mobile Sonderpädagogische Dienst des SFZ Eschenbach, vertreten durch \_\_\_\_\_, mit den unten gekennzeichneten Personen bzw. Fachdiensten fachlichen Austausch pflegt, um eine erfolgreiche Förderung zu gewährleisten.

Dies beinhaltet

- die Weitergabe und den Erhalt kindbezogener persönlicher Daten,
- den Austausch über Entwicklungsstand, Fördermaßnahmen und –ziele,
- die schulische und familiäre Situation des Kindes
- sowie die Weitergabe und den Erhalt testdiagnostischer Ergebnisse und schriftlicher Befunderhebungen in Kopie.

Kinderarzt/-ärztin, Hausarzt/-ärztin oder Facharzt/-ärztin und/oder Kinderzentrum

\_\_\_\_\_

Kindergarten, AnsprechpartnerInnen

\_\_\_\_\_

VertreterIn anderer SVE oder Schulen

\_\_\_\_\_

PhysiotherapeutInnen; LogopädInnen; PsychologInnen

\_\_\_\_\_

MitarbeiterInnen der Mobilen Hilfen und Dienste

\_\_\_\_\_

Beratungsstellen

\_\_\_\_\_

Jugendamt

\_\_\_\_\_

Weitere Bezugspersonen des Kindes

\_\_\_\_\_

Name und Vorname des Kindes:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_