

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:
