

An das

**Überregionales Beratungs- und Förderzentrum
für körperliche und motorische Entwicklung****Viktor-Frankl-Schule**

Schule mit dem Förderschwerpunkt
körperliche und motorische Entwicklung (kmE)
und einem Schulzweig für den Förderschwerpunkt
geistige Entwicklung

Viktor-Frankl-Schule • Fritz-Tarnow-Straße 27 • 60320 Frankfurt am Main

Tel.: (069) 212 - 35132 • Fax.: (069) 212 - 32058

E-Mail: Poststelle.viktor-frankl-schule@stadt-frankfurt.de

<https://viktor-frankl-schule.de>

Name und Anschrift der Erziehungsberechtigten

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

gemäß § 203 StGB für dienstliche Zwecke

Betrifft die Schülerin/ den Schüler: _____**Geburtsdatum:** _____

Damit wir Ihr Kind bestmöglich beraten und unterstützen können, müssen wir Informationen mit anderen Fachpersonen austauschen. Mit Ihrer Unterschrift erlauben Sie den Mitarbeitenden des überregionalen Beratungs- und Förderzentrums (üBFZ), mit den von Ihnen benannten Personen oder Einrichtungen Informationen auszutauschen, soweit dies für die Beratung Ihres Kindes erforderlich ist.

Hiermit entbinde ich/entbinden wir die folgenden Personen von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB:

- ☐ die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt (z.B. Kinderarzt, SPZ, Spezialisten, Rehaklinik)
- ☐ die/den behandelnde/n Therapeutin/Therapeuten (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie)
- ☐ die/den Erzieherin/Erzieher (z.B. Kindergarten, Hort)
- ☐ die/den Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter
- ☐ die/den Teilhabeassistentin/Teilhabeassistent
- ☐ den schulärztlichen Dienst
- ☐ die Frühförderstelle
- ☐ die Beratungsstelle: _____
- ☐ sonstige Personen oder Einrichtungen: _____

Ich berechtiige die genannten Personen, mit der Lehrerin/ dem Lehrer und der Therapeutin/ dem Therapeuten des üBFZ der Viktor-Frankl-Schule Gespräche zu führen, Akteneinsicht zu gewähren oder schriftliche Unterlagen zur Einsicht zu überlassen (insbesondere Gutachten, Zeugnisse, Entwicklungsberichte, Stellungnahmen oder Arztberichte). Mit meiner Unterschrift entbinde ich auch die Lehrerin/den Lehrer und die Therapeutin/den Therapeuten des üBFZ der Viktor-Frankl-Schule von der Schweigepflicht.

Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie können sie jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Unterschrift aller Sorgeberechtigter:

Ort, Datum, Unterschrift_____
Ort, Datum, Unterschrift

Hinweis zum Informationsaustausch

Die zuständigen Schulen, die zuständigen Lehrkräfte, das überregionale Beratungs- und Förderzentrum (üBFZ), das Staatliche Schulamt und – soweit erforderlich – der Schulträger arbeiten zusammen, um Ihr Kind bestmöglich zu unterstützen.

Wenn für diese Zusammenarbeit Informationen ausgetauscht werden müssen, geschieht dies im Rahmen der geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Dafür ist keine gesonderte Schweigepflichtentbindung erforderlich

Die obenstehende Schweigepflichtentbindung wird nur benötigt, wenn Informationen mit Personen oder Einrichtungen außerhalb des schulischen Bereichs (z. B. Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten oder Beratungsstellen) ausgetauscht werden sollen.

☐ Den Hinweis zum Informationsaustausch habe(n) ich/wir zur Kenntnis genommen.

Unterschrift aller Sorgeberechtigter:

Ort, Datum, Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift