|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ausgangsdatum MSD: | | | | | | | | | | Eingangsdatum LaSuB: | | | |
| **Entbindung von der Schweigepflicht**  (freiwillige Angaben, Auswahl obliegt den Eltern) | | | | | | | | | | | | | |
| **Schulanfängerin/Schulanfänger/Schülerin/Schüler** | | | | | | | | | | | | | |
| Name: | | | | | | Vorname: | | | | | Geburtsdatum: | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Ich/Wir entbinde(n) im Zusammenhang mit der Beratung und dem Verfahren zur Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf von der Schweigepflicht gegenüber dem Mobilen Sonderpädagogischen Dienst (MSD) **der Förderschule** | | | | | | | | | | | | | |
| (Name, Anschrift): | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | Name, Anschrift, Telefon  (ggf. E-Mail, Ansprechpartnerin/Ansprechpartner) | | | | |
|  | die Behörde des öffentlichen Gesundheitsdienstes | | | | | | | |  | | | | |
|  | die Hausärztin/den Hausarzt  oder die Fachärztin/den Facharzt | | | | | | | |  | | | | |
|  | die Klinik | | | | | | | |  | | | | |
|  | die Psychologin/den Psychologen | | | | | | | |  | | | | |
|  | das Jugendamt | | | | | | | |  | | | | |
|  | das Sozialamt | | | | | | | |  | | | | |
|  | folgende therapeutische oder beratende Einrichtung | | | | | | | |  | | | | |
|  | die vorschulische(n) Einrichtung(en)/ weiterführende Bildungseinrichtung | | | | | | | |  | | | | |
|  | die folgende(n) zur bisherigen Entwicklung meines/ unseres Kindes aussagefähige(n) Person(en) | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | |
| Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die oben genannten Personen/Einrichtungen demdiagnostizierenden MSD | | | | | | | | | | | | | |
| **der Förderschule (**Name, Anschrift)**:** | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| mündlich und schriftlich Informationen (Gutachten, Arztberichte und so weiter) über mein/unser Kind, die im Zusammenhang mit dem Verfahren stehen und für die auf den vermuteten Förderschwerpunkt bezogene Entscheidungsfindung und weitere Schullaufbahnplanung notwendig sind, übermitteln und diese Informationen in das Verfahren zur Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf einbezogen werden. Ich bin/Wir sind darüber informiert, dass das Landesamt für Schule und Bildung (LaSuB) als Fachaufsicht die schulrechtliche Verantwortung für den Verfahrensprozess trägt und im Rahmen der Bescheiderstellung Einblick in die Unterlagen meines/unseres Kindes nimmt.  Hiermit willige(n) ich/wir in die Verarbeitung der oben genannten personenbezogenen Daten gemäß Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a und Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a DSGVO für das Verfahren zur Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf ein.  Die Einwilligungen gelten ab dem Datum der Unterschrift. Die Einwilligungen sind freiwillig und können jederzeit, auch einzeln, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Eine Kopie dieser Einwilligung einschließlich des Formblattes „Informationen zum Datenschutz“ wurde mir/uns ausgehändigt und von mir/uns zur Kenntnis genommen. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | |  |  | | | |  |  |
| Datum | | |  | Unterschrift Eltern | | |  | Datum | | | |  | Unterschrift Eltern |
|  | | |  |  | | |  |  | | | |  |  |
| Datum | | |  | Unterschrift Eltern | | |  |  | | | |  |  |