



# Förder- und Beratungszentrum der Stadt Frankenthal

Schule mit dem Förderschwerpunkt Lernen

Wormser Straße 59, 67227 Frankenthal

Tel. (0 62 33) 22 04 39

Fax (0 62 33) 22 04 43

Mail: [kontakt@fbz-frankenthal.de](mailto:kontakt@fbz-frankenthal.de)

[www.fbz-frankenthal.de](http://www.fbz-frankenthal.de)

## Schweigepflichtsentbindung und Einverständniserklärung

Als **Sorgeberechtigte/r** erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Förder- und Beratungszentrum der Stadt Frankenthal zum Zwecke gegenseitigen Informationsaustausches zu folgenden Einrichtungen / Personen mündlichen oder schriftlichen Kontakt aufnehmen darf.

Kind:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
geb. am

Sorge-

berechtigt:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefon

Anschrift:

\_\_\_\_\_  
Straße, PLZ, Ort

Mail:

Kontaktperson

Adresse

Telefon

- \_\_\_\_\_  
Schule, Klasse
- \_\_\_\_\_  
Kinderarzt/Hausarzt
- \_\_\_\_\_  
Schulsozialarbeit/Amt für Jugend, Familie und Soziales
- \_\_\_\_\_  
Kindertagesstätte/Hort oder andere Betreuungseinrichtung
- \_\_\_\_\_  
Logopädie
- \_\_\_\_\_  
Ergotherapie
- \_\_\_\_\_  
Klinik/Kinderklinik oder sonstige Facheinrichtung
- \_\_\_\_\_  
Sonstige (wie z. B. Sozialamt)

**Erläuterung:** Einrichtungen, für die im vorliegenden Einzelfall diese Erklärung gelten soll, werden angekreuzt sowie Name und Adresse der Einrichtung bzw. Personen handschriftlich ergänzt!

**Ich / Wir entbinden die betroffenen Personen und Institutionen hiermit von ihrer Schweigepflicht.**

Ich wurde darüber informiert, dass diese Einverständniserklärung von mir jederzeit gegenüber dem FBZ ganz oder teilweise **widerrufen** werden kann.

Frankenthal, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel