



# GABRIEL-BIEL-SCHULE

## Fachteam bei psychischen Erkrankungen in Schule

August-Storch-Str. 5  
35510 Butzbach

## Schweigepflichtsentbindung

für den Beratungsantrag  
Telefon: 06033-65717

Name und Anschrift der Sorge- und Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich/ wir uns einverstanden, dass die Beratung meines/ unseres Kindes

\_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

von einer Lehrkraft der Abteilung zur Beratung psychischer Erkrankung in Schule durchgeführt wird und diese für die Beratung mit folgenden Personen/ Institutionen von ihrer Schweigepflicht

**wechselseitig** entbunden wird:

### Voraussetzung für eine Beratung durch das Fachteam sind:

- die Schulleitung und Klassenlehrkraft des momentanen Beschulungsortes \_\_\_\_\_
- das zuständige Beratungs- und Förderzentrum (rBFZ) \_\_\_\_\_
- Fachaufsicht des Staatlichen Schulamtes für den \_\_\_\_\_  
Hochtaunuskreis und den Wetteraukreis Herr Dr. Dinges \_\_\_\_\_

Im individuellen Fall ist eine Entbindung von Ansprechpersonen/ Institutionen notwendig: (bitte ankreuzen)

- zuständige/-r Schulpsychologin/Schulpsychologe: \_\_\_\_\_
- zuständige/-r Therapeutin/Therapeut: \_\_\_\_\_
- zuständige/-r Fachärztin/Facharzt: \_\_\_\_\_
- zuständige/-r Hausärztin/Hausarzt: \_\_\_\_\_
- zuständige/-r Mitarbeiterin/Mitarbeiter des Jugendamtes: \_\_\_\_\_
- zuständige/-r Mitarbeiterin/Mitarbeiter folgender Institution: \_\_\_\_\_
- zuständige/-r Mitarbeiterin/Mitarbeiter folgender Institution: \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns die Namen und Kontaktdaten (Telefonnummer, Mailadresse) der zuständigen Ansprechpersonen im Erstgespräch mit.

Um den Beratungsprozess optimal für Ihr Kind zu gestalten, ist es wichtig, dass Sie uns aktuelle Arztberichte, Testergebnisse, Stellungnahmen, Förderpläne und aussagekräftige Unterlagen zur Verfügung stellen bzw. von uns angefordert werden. Diese werden in einer separaten Beratungsakte des Fachteams gesammelt.

Alle oben genannten Personen bzw. Einrichtungen erhalten ggf. eine Kopie dieser Schweigepflichtentbindung.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungs-/ Sorgeberechtigten