

Schweigepflichtentbindung & Einwilligung

Informationsaustausch für Hilfekonferenz und Feststellungsverfahren

Mit dieser Erklärung erlauben die Sorgeberechtigten, dass die unten genannten Stellen die für die Förderung des Kindes erforderlichen Informationen austauschen dürfen, und entbinden sie insoweit gegenseitig von ihrer Schweigepflicht (u. a. § 203 StGB). Die Einwilligung ist freiwillig und jederzeit widerrufbar.

1 · Angaben zum Kind

| | |
|---------------|-------------------|
| Name, Vorname | [Name des Kindes] |
| Geburtsdatum | [TT.MM.JJJJ] |
| Anschrift | [Straße, PLZ Ort] |

2 · Sorgeberechtigte

| | |
|----------------------|--------------------------------|
| Sorgeberechtigte/r 1 | [Name] |
| Sorgeberechtigte/r 2 | [Name] |
| Anschrift / Kontakt | [Anschrift · Telefon · E-Mail] |

3 · Zweck

Der Informationsaustausch dient ausschließlich der Abstimmung und Koordination der Förderung des Kindes, der Vorbereitung und Durchführung der Hilfekonferenz sowie der Einleitung und Durchführung des Verfahrens zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs (Förderschwerpunkt Autismus) im Hinblick auf die Einschulung 2027.

4 · Diese Stellen dürfen Informationen austauschen

Bitte die zutreffenden Stellen ankreuzen und – soweit bekannt – ergänzen:

| Beteiligte Stelle / Person | Name, Einrichtung, Kontakt |
|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kindertagespflege | [Name, Anschrift, Telefon] |
| <input type="checkbox"/> Frühförderstelle | |
| <input type="checkbox"/> Logopädie / Ergotherapie / Physiotherapie | |
| <input type="checkbox"/> Kinderärztin/Kinderarzt · SPZ | |
| <input type="checkbox"/> Zuständiges SIBUZ · Schulaufsicht | [Anschrift] |
| <input type="checkbox"/> (künftige) Grundschule | |
| <input type="checkbox"/> Jugendamt · Träger der Eingliederungshilfe | |
| <input type="checkbox"/> Weitere Stelle / Person | |

5 · Umfang der Informationen

Ausgetauscht werden dürfen (Zutreffendes ankreuzen):

- ☐ Beobachtungen zum Entwicklungs- und Förderstand
- ☐ Ärztliche Diagnosen und Befunde (z. B. Autismus-Spektrum-Störung)
- ☐ Therapie- und Förderberichte
- ☐ Angaben zur Kommunikation und zum Unterstützungsbedarf
- ☐ Unterlagen und Stellungnahmen für das Feststellungsverfahren
- ☐ Weitere: _____

6 · Hinweise

- ☐ Die Einwilligung ist freiwillig; aus einer Verweigerung entstehen keine Nachteile für die Betreuung des Kindes.
- ☐ Die Daten werden ausschließlich für den unter Punkt 3 genannten Zweck verwendet (Zweckbindung).
- ☐ Die Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden (formlos, an die Kindertagespflege).
- ☐ Es besteht ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung der gespeicherten Daten nach der DSGVO.

Diese Einwilligung gilt bis: _____ (spätestens bis zum Abschluss des Feststellungsverfahrens).

7 · Einwilligung & Unterschriften

Ich/Wir habe(n) die Hinweise gelesen und willige(n) in den vorstehend beschriebenen Informationsaustausch ein.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 1

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 2

Widerruf (später ausfüllbar)

Ich/Wir widerrufe(n) die oben erteilte Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft.

Ort, Datum

Unterschrift