



## Überregionales Beratungs- und Förderzentrum

Martin-Luther-Schule am  
Kompetenzzentrum  
An der Röthe 15  
36100 Petersberg

## Schweigepflichtsentbindung für den Beratungsantrag des üBFZ

**Schulamtsbezirk**  
**Fulda**

Telefon: 0661 – 6006 - 9370  
Fax: 0661 – 6006 - 9371

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 des überregionalen Beratungs- und Förderzentrums (üBFZ) durchgeführt wird und diese für die  
Beratung mit folgenden Personen/ Institutionen von ihrer Schweigepflicht **wechselseitig** entbunden wird:

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

- die Schulleitung und Klassenlehrkraft des momentanen Beschulungsortes
- das zuständige Beratungs- und Förderzentrum (rBFZ)
- die zuständige Schulpsycholog\*in und Fachaufsicht des Schulamtes

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

- die zuständige Therapeut\*in
- die zuständige Fachärzt\*in
- die zuständige Hausärzt\*in
- die zuständige Mitarbeiter\*in des Jugendamtes
- die zuständige Mitarbeiter\*in folgender Institution: \_\_\_\_\_
- die zuständige Mitarbeiter\*in folgender Institution: \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns die Namen und Kontaktdaten (Telefonnummer, Mailadresse) der zuständigen Ansprechpartner\*innen 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 üBFZ gesammelt. Alle oben genannten Personen bzw. Einrichtungen erhalten ggf. eine Kopie dieser Schweigepflichtentbindung. Wenn Sie dies nicht wünschen, füllen Sie bitte für jede angekreuzte Ansprechperson eine eigene Schweigepflichtsentbindung aus.

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

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