



Überregionales Beratungs-
und Förderzentrum
Ballhaus Schule
Schlossstr. 17
35510 Butzbach

Schweigepflichtsentbindung
für den Beratungsantrag des üBFZ

Schulamtsbezirk
Wetterau

Telefon: 06033-74618-13/14
Fax: 06033-74618-19

Name und Anschrift der Sorge- und Erziehungsberechtigten

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

von der 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) _____
- Fachaufsicht des Schulamtes Herr Dr. Dinges, Fr. Lanz

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

- die zuständige Schulpsycholog*in _____
- 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.

(Ort, Datum)

Unterschrift der Erziehungs-/ Sorgeberechtigten