
(Name(n) des/der Erziehungsberechtigten)

(Anschrift des/der Erziehungsberechtigten)

(Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes)

(Schule des Kindes)

Entbindung von der ärztlichen und psychologischen Schweigepflicht

Hiermit entbinde(n) ich/wir die zuständige Ärztin/den zuständigen Arzt des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes des Gesundheitsamtes Köln und die behandelnden niedergelassenen oder Krankenhausärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Schulträger, soweit dies für die Klärung der sächlichen Voraussetzungen zur Beschulung meines/unseres o. g. Kindes an einer Förderschule oder bezüglich der Beschulung im Rahmen des Gemeinsamen Lernens an einer allgemeinen Schule (z.B. Prüfung baulicher Anforderungen oder Schülerbeförderung) erforderlich ist.

Mir ist bekannt, dass alle weiteren Aspekte, z. B. Schwierigkeiten bei der Organisation der Beförderung des Kindes

- aufgrund der Arbeitssituation oder

- aufgrund gesundheitlicher Probleme der/des Erziehungsberechtigten

durch das Amt für Schulentwicklung (400/2) auf Grundlage von Nachweisen, geprüft werden. Geschwisterkinder, pädagogische Gründe oder familiäre Umstände finden keine Berücksichtigung.

Termine für eine Untersuchung durch das Gesundheitsamt der Stadt Köln sind verpflichtend wahrzunehmen.-Eine weitere Bearbeitung des Antrags ist nicht möglich, wenn Termine nicht wahrgenommen werden. Durch die fehlende Mitwirkung kann der Antrag somit abgelehnt werden.

Die Entbindung der Schweigepflicht kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)