
(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 gegenseitig und 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.

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)