

An den Mobilen Dienst Sehen
 Regionales Landesamt für Schule und Bildung Hannover
md-sehen@hcfms.de
 oder per Fax an die Franz-Mersi-Schule: 0511-35378 93

Dieses Formular kann handschriftlich oder bevorzugt am PC ausgefüllt werden.
 Ausfüllhinweis: Mit Tabulator-Taste  von Feld zu Feld springen

Entbindung von der Schweigepflicht

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Hiermit entbinde ich, , (Name Erziehungsberechtigte/r)

die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der u. g. Einrichtungen (Arztpraxen/ Kliniken/ Therapeuten) und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Mobilen Dienstes Sehen gegenseitig von der Schweigepflicht bezüglich meines o. g. Kindes. Die genannten Personen und Institutionen dürfen Informationen zum Zwecke der bestmöglichen schulischen und außerschulischen Förderung meines Kindes austauschen.

Institution	Augenarzt/ Augenklinik	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name und Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Diese Einwilligung kann ich/ können wir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

 Ort, Datum

 Unterschrift der
 sorgeberechtigten
 Person

 Unterschrift der
 Schülerin/ des
 Schülers ab 15 Jahren