

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten

## SCHWEIGEPFLICHTS-ENTBINDUNG

Wir erklären uns damit einverstanden, dass der Wilhelm-Hubert-Cüppers-Schule Trier von folgenden Stellen/Institutionen Arztberichte, Befundmitteilungen, Gutachten und sonstige Informationen über unser Kind ausgehändigt und zur Verfügung gestellt werden dürfen:

- Schule / Kindergarten: \_\_\_\_\_
- Arzt / Klinik: \_\_\_\_\_
- Akustiker: \_\_\_\_\_
- CI Firma: \_\_\_\_\_
- Therapeut: \_\_\_\_\_
- sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die genannten Stellen entbinden wir hiermit gegenüber der Wilhelm-Hubert-Cüppers-Schule von ihrer Schweigepflicht.

Zudem erklären wir uns einverstanden, dass die Wilhelm-Hubert-Cüppers-Schule ihrerseits den genannten Stellen und Institutionen Informationen über unser Kind aushändigt bzw. zur Verfügung stellt und entbinden damit die Wilhelm-Hubert-Cüppers-Schule gegenüber diesen Stellen von der Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

**Diese Schweigepflichts-Entbindung kann jederzeit schriftlich bei der Beratungsstelle für Pädagogische Audiologie der Wilhelm-Hubert-Cüppers-Schule widerrufen werden.**