



TALENT SAFARI

Schweigepflichtentbindung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass *TALENT SAFARI - Kinderpsychologen - Dr. Katharina und Tom Reschke GbR* die für die psychologische Diagnostik und Beratung relevanten personenbezogenen Daten meines Kindes mit anderen Stellen austauscht.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Die psychologische Exploration ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Name, Vorname (Kind)

Geburtsdatum

Arzt / Ärztin	Name:	(Kinderarzt)
Therapeut/in	Name:	
Lehrer/in	Name:	
	E-Mail:	
	<i>Bitte notieren Sie die E-Mail-Adresse der primären Lehrkraft für uns!</i>	
oder ggf.		
Erzieher/in	Name:	
	E-Mail:	
	<i>Bitte notieren Sie die E-Mail-Adresse der primären Erzieher/in für uns!</i>	

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)