

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes:

Name, Vorname der erziehungsberechtigten Person:

Der/die Unterzeichnende ermächtigt hiermit das Kompetenzzentrum (KPTF), die für die optimale Förderung des Kindes notwendigen ärztlichen, psychologischen und therapeutischen Berichte und Auskünfte beiden zuständigen Stellen einzuholen.

Der/die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass Eintritts- und Übertrittsgespräche sowie regelmässige medizinische Fallbesprechungen mit der Konsiliarärztin und- psychologische Fallbesprechungen stattfinden, wenn dies für die Schulung und Therapie sinnvoll ist.

Ebenso ermächtigt der/die Unterzeichnende das KPTF bei Austritt die für die optimale Betreuung des Kindes notwendigen ärztlichen, psychologischen, therapeutischen und schulischen Auskünfte und Berichte der nachfolgenden Institution weiterzugeben.

Die Daten werden nur für den angegebenen Zweck verwendet und nicht an unbereinigte Dritte weitergegeben.

Das Einverständnis kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort/Datum:

Unterschrift der erziehungsberechtigten Person: