

Wolfgang Höldrich
Mobiler Sonderpädagogischer Dienst für Autismus
w.hoeldrich@schule.bayern.de

Anforderung einer Beratung

Anforderung durch Schule Familie Sonstige

MSD-A-Berater: Wolfgang Höldrich	Datum der Anforderung:
Name des Kindes:	geb.
<u>Erziehungsberechtigte (Name, Adresse, Tel, E-Mail):</u>	<u>Diagnosestellung:</u> ja nein Wenn ja, wann: Bei welchem Arzt:
<u>Schule, Klasse und Lehrkraft:</u>	
<u>Beratungsanlass / Problemstellung:</u>	

**Mobiler Sonderpädagogischer Dienst-Autismus
MSD-A**

Pestalozzischule Forchheim
Fritz-Hoffmann-Straße 5
91301 Forchheim

Tel.: 09191 - 70960
Fax: 09191 - 709618
Mail: w.hoeldrich@schule.bayern.de

**Schweigepflichtentbindung
für
Wolfgang Höldrich**

Es wird eine wechselseitige Schweigepflichtentbindung für folgende Stellen oder Personen erteilt:

Schule (bitte ankreuzen, ggf. ergänzen):

	Schulleitung / Lehrkräfte
	Schulsozialarbeit
	Sonstige:

behandelnde Ärzte / Therapeuten:

Weitere betreuende Personen / Fachdienste / Behörden / Berufsberatung:

Die Informationen werden vertraulich behandelt.
Die Schweigepflichtentbindung kann jederzeit widerrufen werden.

_____ Ort

_____ Datum

_____ Unterschrift der Erziehungsberechtigten