

# Einverständniserklärung

Wir sind / ich bin .....  
mit einer Beratung durch Frau Maike Wahl (Beratungslehrerin)  
einverstanden und willige/n ein, dass die dazu notwendigen  
diagnostischen Verfahren mit  
  
unserem / meinem Kind .....  
geb. am .....

durchgeführt werden.

Über die Ergebnisse und deren Bedeutung werden wir / werde ich,  
auf Wunsch, in einem Beratungsgespräch informiert.  
Eine Weitergabe dieser Daten erfolgt nur mit unserem / meinem  
ausdrücklichen Einverständnis (Schweigepflichtentbindung).

....., den .....

.....  
Unterschrift Sorgeberechtigte/-r

.....  
Unterschrift Sorgeberechtigte/-r

Kontakt Daten Eltern:

Tel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_