**Einwilligungserklärung der Sorgeberechtigten gegenüber dem Fachdienst Autismus am Staatlichen Schulamt Donaueschingen:**

|  |
| --- |
| Mir/uns ist bekannt, dass die Einwilligung vollkommen freiwillig ist und eine erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann, ohne dass dies Nachteile für mich/uns oder mein/unser Kind mit sich bringt.Die Einwilligung kann verweigert werden.Dieser Vordruck braucht nicht (unterschrieben) zurückgegeben werden, wenn keine Einwilligung erteilt wird. Ich/Wir hatte/n Gelegenheit, Fragen zu stellen und habe/n darauf Antwort erhalten.  |

Name des Kindes, Geburtsdatum: ……………………………………………………………..

Name der Sorgeberechtigten: …………………………………………………………………..

Anschrift, Telefon: ………………………………………………………………………………..

### **Ich bin /Wir sind damit einverstanden, dass der Fachdienst Autismus des Staatlichen Schulamtes Donaueschingen Daten / Informationen / Befunde und Gutachten über mein / unser Kind**..................................................................................

#### 🞆 der von ihm besuchten Schule / dem von ihm besuchten Kindergarten................. ...................................................................................................... (Name, Anschrift, Ansprechpartner)

#### 🞆 der Kinderklinik / des Sozialpädiatrischen Zentrums/ der fachärztlichen Praxis .............

#### ...................................................................................................... (Name, Anschrift, Ansprechpartner)

🞆 des Jugendamtes ...........................................................................................................

#### ...................................................................................................... (Name, Anschrift, Ansprechpartner)

🞆 des Schulbegleiters ..................................……...............................................................

#### ......................................................................................................................... (Name, Anschrift)

🞆 .........................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

🞆 .........................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

**einholen, besprechen und austauschen darf.**

**Die Datengewinnung soll es dem Fachdienst Autismus ermöglichen, die Schule hinsichtlich ihrer mit den Eltern abgesprochenen Fragestellung zu beraten und zu unterstützen.**

Die Mitarbeiter/innen sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln. Sie unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

...............................................................................................................................................

Datum, Unterschrift(en)1

1 Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, es sei denn, die personensorgeberechtigten Eltern leben getrennt und das Kind hält sich mit Einwilligung des einen Elternteils oder auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung gewöhnlich bei dem anderen Elternteil auf. In diesem Fall genügt die Unterschrift desjenigen Elternteils, bei dem sich das Kind aufhält.