**Schweigepflichtentbindung**

**Vollmacht der Erziehungsberechtigten**

Die Unterzeichnung dieses Formulars berechtigt das zuständige kantonale Amt - unter Wahrung der eigenen kantonalen Schweigepflicht - für die Abklärung des Anspruchs auf heilpädagogische Früherziehung und die Prüfung der Leistungsberechtigung bei folgenden Personen oder Stellen Auskünfte einzuholen:

[ ]  Ärzte und Ärztinnen

[ ]  Spitäler

[ ]  Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJP)

[ ]  Therapiestellen

[ ]  Früherzieherinnen und Früherzieher

[ ]  Abteilung Schulpsychologie (ASP)

[ ]  Abteilung Logopädie (ALO)

Name des Kindes:

Name der Kindsmutter:

Name des Kindsvaters:

Ort, Datum: Unterschrift Erziehungsberechtigte:

**Informationskopie an:**

* Kinderarzt / Kinderärztin
* Frühberatungs- und Therapiestelle