

## Vollmacht Datenweitergabe / Besuche

Gesetzliche Vertretung

\_\_\_\_\_  
(Name / Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Name / Vorname)

Adresse

\_\_\_\_\_

PLZ / Ort

\_\_\_\_\_

das Kind  
der/die Jugendliche

\_\_\_\_\_  
(Name / Vorname)

geboren am

\_\_\_\_\_

erteilen der behandelnden Fachperson für Logopädie bis zum schriftlichen Widerruf oder bis zum Ende der Massnahme die Vollmacht, bei Fachstellen und Personen (z.B. Schulbehörden, Heilpädagogischer Dienst, Schulpsychologischer Dienst, pädagogische und medizinische Fachpersonen) Informationen, Auskünfte und Berichte einzuholen oder solche an diese weiterzuleiten.

Ebenfalls erteilt die gesetzliche Vertretung des Kindes oder des Jugendlichen und der/die Jugendliche die Einwilligung zu Besuchen der Behörden, Aufsichtsinstanzen und/oder Praktikantinnen und Praktikanten im Therapiezimmer.

**Alle Beteiligten unterstehen der Schweigepflicht.**

Ort und Datum

Unterschrift gesetzliche Vertretung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift der/die Jugendliche

\_\_\_\_\_