

**Einverständniserklärung zur  
physio-/ergotherapeutischen, stimm-, sprech- und sprachtherapeutischen Behandlung**

Hiermit erkläre ich mich/erklären wir uns damit einverstanden, dass mein/unser Kind:

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes geb. am

an der LVR-Dietrich-Bonhoeffer-Schule in Bedburg-Hau physio-/ergotherapeutisch/logopädisch behandelt wird.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des/der Erziehungsberechtigten/Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon/Notfallnummer

Gesetzliche Krankenkassen:

- Die dadurch entstehenden Kosten werden entsprechend den vereinbarten Sätzen mit  
Der jeweiligen Krankenkasse des oder der Versicherten durch den LVR direkt abgerechnet.  
Mir ist bekannt, dass ab dem vollendeten 18. Lebensjahr grundsätzlich ein Eigenanteil gemäß  
§ 32 des Gesundheitsreformgesetzes in Höhe von 15 % der Gesamtkosten in Rechnung  
gestellt wird und dass Befreiungsmöglichkeiten bei der jeweiligen Krankenkasse erfragt  
werden können.

Privatkassen:

- Die dadurch entstehenden Kosten (Rechnungsstellung durch den LVR) gemäß anliegender  
Preisliste übernehme ich.
- Ich bin Mitglied des Bundes   
des Landes   
andere \_\_\_\_\_ .

Sozialhilfeempfänger:

- Die dadurch entstehenden Kosten müssen vor der Behandlung durch das  
zuständige Sozialamt genehmigt werden.

Anschrift des zuständigen Sozialamtes:

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Sachbearbeiter/in: \_\_\_\_\_

Vollmacht zur Unterschrift

Ich bevollmächtige die Therapeutin/den Therapeuten, die Behandlungsdaten auf der Verordnung einzutragen und diese von einer Person, die nicht die Therapien durchgeführt hat, im Auftrag zu unterschreiben.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Mitarbeiter/-innen der o.g. Schule die pädagogischen, psychologischen, medizinischen und therapeutischen Berichte und Unterlagen zur Verfügung gestellt bekommen oder Einsicht nehmen können, soweit die darin enthaltenen Informationen zum Gesundheitszustand sowie zum Betreuungs- und Unterstützungsbedarf meines/unsere Kindes erforderlich sind, um die Teilnahme unseres Kindes am Schulalltag zu gewährleisten. Dies ist etwa der Fall, wenn während des Unterrichts eine Komplikation auftritt, die umgehendes Handeln wie eine Medikamentengabe oder therapeutisches oder ärztliches Eingreifen erfordert.

Die Informationen werden ausschließlich zu den zuvor genannten Zwecken genutzt und werden darüber hinaus ohne mein/unsere ausdrückliches Einverständnis Dritten nicht zugänglich gemacht.

Diese Schweigepflichtenentbindung kann jederzeit komplett oder teilweise widerrufen werden.

Es wird bestätigt, dass wir/ich ausführlich über den Sinn und Zweck dieser Erklärung und über die Folge der Nichtabgabe beraten worden sind/bin.

---

Ort, Datum

1. Unterschrift

2. Unterschrift