

**Dieser Bogen ist auszufüllen, falls Ihr Kind zu Hause die Schule besucht und bei uns am Klinikunterricht teilnehmen soll.**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Station: \_\_\_\_\_ Stationsarzt: \_\_\_\_\_  
(wird durch uns eingetragen)

Name der  
Heimatschule: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. der Heimatschule: \_\_\_\_\_

Name des Klassenlehrers: \_\_\_\_\_

Adresse der Heimatschule: \_\_\_\_\_

---

Diagnose, schulrelevante Krankheitsdaten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gibt es besondere Erwartungen/ Wünsche an den Klinikunterricht?  ja  
 nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Welche **Schulform** besucht die Schülerin/ der Schüler? *Zutreffendes bitte ankreuzen*

Grundschule

Gesamtschule

Realschule

Gymnasium

Hauptschule

Förderschule – Schwerpunkt „Lernen“

Förderschule – Schwerpunkt „Geistige Entwicklung“

In welcher **Klassenstufe** wird beschult? \_\_\_\_\_

Zurückstellung vom Schulbesuch

**Wiederholung** einer Klassenstufe

---

## Einverständniserklärung:

ja

nein

Hiermit gebe ich mein Einverständnis für:

- die Kontaktaufnahme mit der Stammschule  ja  nein
- die Einsichtnahme der Pädagogen in die Krankenakte  ja  nein
- das Erstellen und Versenden eines Schulberichtes  ja  nein  
(ausschließlich pädagogisch-psychologischen Inhaltes)  
an die Heimatschule nach Entlassung des Patienten

Diese Erklärungen gebe ich freiwillig ab. Die Einwilligungen und die erteilten Schweigepflichtentbindungserklärungen können jederzeit ganz oder teilweise gegenüber der Klinikschule mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Im Fall des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung statt. Die bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift versicherte Person

---

Datum/ Unterschrift der Erziehungsberechtigten