

Name der einreichenden Schule

An das
Landratsamt Kyffhäuserkreis
Justizariat und Wirtschaftsförderung
Schülerbeförderung
Markt 8
99706 Sondershausen

Antrag auf Beförderung eines Schülers ab

mit **sonderpädagogischem Förderbedarf**
 aus krankheitsbedingten Gründen oder
 sonstigen Gründen

mit **einem Taxi/Mietwagen oder**
 Bus.

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Klasse:	
Anschrift + Ortsteil:	
Name, Vorname Sorgeberechtigte/r:	
ggf. abweichende Anschrift:	
Telefonnummer:	

Folgende **zutreffende** Unterlagen sind bei Erstanträgen bzw. Schulwechsel **vollständig** vorzulegen:*

- die Schulzeugnisse der letzten 2 Schuljahre
- die sonderpädagogischen Gutachten/-fortschreibungen der letzten 2 Schuljahre
- ärztliche und andere medizinisch-therapeutische Befunde der letzten 2 Jahre
- alle Berichte aus den betreuenden Sozialpädiatrischen Zentren
- alle Berichte über stationäre Rehabilitations- und Krankenhausbehandlungen der letzten 2 Jahre
- der schriftliche Nachweis der Pflegestufenanerkennung
- die Kopie des Schwerbehindertenausweises (Vorder- und Rückseite)

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die amtsärztliche Entscheidungsfindung auf der Basis der vorliegenden Daten per Aktenlage erfolgt:*

JA **NEIN**

Datum und Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Schriftliche Begründung **des/der Sorgeberechtigten** über die Notwendigkeit der Schülerbeförderung:

Datum und Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Stellungnahme **der Schul-/Klassenleitung** über die Notwendigkeit der Schülerbeförderung:

Datum, Stempel und Unterschrift der Schul-/Klassenleitung

*** Hinweis: Begutachtung kann nur erfolgen bei Vollständigkeit der einzureichenden Unterlagen**

Landratsamt Kyffhäuserkreis
Gesundheitsamt
Amtsärztlicher Dienst
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
Edmund-König-Straße 7
99706 Sondershausen

Die Schweigepflichtentbindung wird benötigt zur Feststellung einer Behinderung, die eine individuelle Schülerbeförderung **mit einem Taxi/Mietwagen oder Bus** erforderlich macht.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

(§§ 67, 100 des Sozialgesetzbuches X, § 203 Strafgesetzbuch, § 9 der Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte, § 9 Berufsordnung der Landesärztekammer Thüringen)

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass **entscheidungsnotwendige** Daten (sowohl ärztlich erhobene Angaben und Untersuchungsbefunde, einschließlich psychiatrischer, psychoanalytischer und psychotherapeutischer Untersuchungen und Behandlungen, als auch Angaben aus den Sozial- und Entwicklungsberichten und Schulzeugnissen und sonderpädagogischen Gutachten) von:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

wohnhaft:

durch den Amtsärztlichen oder Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes des Kyffhäuserkreises **eingeholt** und an die zuständigen SachbearbeiterInnen des Amtshilfe ersuchenden Amtes in Form eines Amtsärztlichen Gutachtens oder Attestes **weitergeleitet** werden.

Diese Schweigepflichtentbindung gilt somit für alle mich behandelnden Ärzte, das Fachpersonal aller an meiner Behandlung beteiligten medizinischen Einrichtungen und PädagogInnen und SonderpädagogInnen sowie für ein sich eventuell anschließendes Rechtsbehelfsverfahren.

Datum:

Unterschrift des/der Betroffenen/
Sorgeberechtigten

Unterschrift des Betreuers
nach § 1896 BGB