

### **Einverständniserklärung**

Die Grundsätze zum Schutz der Persönlichkeit sind geregelt im ZGB Art. 28 und im Datenschutzgesetz des Kantons Luzern.

Name, Vorname, Geb.-Datum des Kindes/ Lernenden

---

### **Einwilligung**

Mit Ihrer Unterschrift bezeugen Sie Ihr Einverständnis, dass der Fachdienst Autismus berechtigt ist, Informationen bei Fachstellen, Schulen und Amtsstellen einzuholen und auszutauschen.

Diese Informationen und die Zusammenarbeit sind notwendig für eine angemessene Unterstützung, Beratung und Förderung.

Zu diesem Zweck willigen Sie in Folgendes ein:

- Informationen und Berichte** werden ausgetauscht mit **Fachpersonen und Fachstellen**, die an der Abklärung, Unterstützung und Förderung beteiligt sind (Entbindung der Schweigepflicht).  
z.B. Therapeutinnen, Lehrpersonen, SPD, Spital, Ärzteschaft, KJPD, IV
- 

- Es werden **Ton-, Bild- und Videoaufnahmen** gemacht. Diese dienen einzig dem fachlichen und diagnostischen Austausch mit **Fachpersonen**, die an der Abklärung, Unterstützung und Förderung beteiligt sind.  
Die Aufnahmen werden spätestens nach Beendigung der Unterstützung gelöscht.
- 

Diese Einwilligung gilt solange die Unterstützung des Fachdienstes Autismus beansprucht wird oder bis zum Widerruf.

Ort, Datum

Erziehungsberechtigte

---

---