



ENTBINDUNG DER SCHWEIGEPFLICHT

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Personensorgeberechtigte:

Name:

Name:

Vorname:

Vorname:

Geburtsdatum

Geburtsdatum:

Anschrift:

Anschrift:

Wir entbinden hiermit:

Die Ärzte / den Arzt / die Ärztin:

Adresse:

Telefon:

Email:

Fax:

von der ärztlichen Schweigepflicht bzgl. der Behandlung unseres Kindes/Pflegekindes:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

und bitten auf Anfrage Informationen über ihren / seinen Gesundheitszustand und allen damit in Zusammenhang stehenden Umständen zu erteilen. Die Entbindung gilt gegenüber Träger und Kindertageseinrichtung:

Träger:

DRK-Schwwesterschaft Lübeck e.V.

Marlstraße 10, 23566 Lübeck

Telefon: 0451-98902960 Fax: 0451-98902950

Email: info@drk-schwwesterschaft-luebeck.de

Kindertageseinrichtung:

KiTa der DRK-Schwwesterschaft e.V.

Marlstraße 10, 23566 Lübeck

Telefon: 0451-98902951 Fax: 0451-98902950

Email: kita@drk-schwwesterschaft-luebeck.de

Die Schweigepflichtentbindung kann jederzeit widerrufen werden.

Wir bestätigen / ich bestätige, dass wir / ich ausführlich über den Sinn und Zweck dieser

Erklärung und über die Folgen der Nichtabgabe beraten worden sind / bin.

Ort, Datum

Unterschrift