

Schweigepflichtentbindung

Copyright dbi

Entbindung von der Schweigepflicht

PatientIn:

Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Kindergarten/Schule/Einrichtung

Name:

Adresse:

ErzieherIn:

LehrerIn:

Telefon:

Hiermit entbinde ich die LogopädInnen der logopädischen Praxis
von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber Kindergarten/Schule/anderen therapeutischen
Einrichtungen/Sozialamt/..... (Nicht Zutreffendes bitte streichen)

Zweck der Schweigepflichtentbindung

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Schweigepflichtentbindung jederzeit (schriftlich)
widerrufen kann.

.....
Datum

.....
Unterschrift (bei Minderjährigen ges. Vertreter)