

Entbindung der Schweigepflicht für die Übergabe an die Mütter- und Väterberatung

| | |
|--------------------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Strasse | |
| PLZ / Ort | |
| Kind Name Vorname | |
| Kind Geburtsdatum | |

- Ich/wir sind einverstanden, dass die persönlichen Daten des erwähnten Kindes und dessen Eltern an die zuständige Mütter-/Väterberatung der Wohngemeinde weitergeleitet werden und dass sich die Hebamme/die Pflegefachfrau/das Spital mit der Mütter-/Väterberatung schriftlich, elektronisch oder mündlich austauschen darf. Die weitergegebenen Informationen werden dazu verwendet, dass die Mütter-/Väterberatung mit den Eltern für eine Beratung Kontakt aufnehmen kann.

Datum

Unterschrift der Eltern