**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