

## Entbindung der Schweigepflicht

<b>Name Mutter</b>	
<b>Vorname Mutter</b>	
<b>Name Vater</b>	
<b>Vorname Vater</b>	
<b>Strasse</b>	
<b>PLZ / Ort</b>	
<b>Kind Name Vorname</b>	
<b>Kind Geburtsdatum</b>	

- Ich/wir sind einverstanden, dass die persönlichen Daten und Informationen des erwähnten Kindes und dessen Eltern mit den untenstehenden Kontaktstellen und/oder Behörden ausgetauscht werden darf.

<b>Funktion/Bezeichnung</b>	<b>Name</b>
Mütter-, Väterberater*in	
Kinderarzt*in	
Hebamme/Pflegefachfrau	
Geburtsspital	
Sozialdienst	
Beistand	
Vormundschaft	

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern