

Entbindung der Schweigepflicht

Name Mutter	
Vorname Mutter	
Name Vater	
Vorname Vater	
Strasse	
PLZ / Ort	
Kind Name Vorname	
Kind Geburtsdatum	

- 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.

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

Datum

Unterschrift der Eltern