



Schweigepflichtsentbindung

.....
Name, Vorname (Kind)

.....
Geburtsdatum (Kind)

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter des Nova Zentrums Informationen oder Daten über mich / uns / meine Tochter / meinen Sohn austauschen darf mit:

.....
Kinder- oder hausärztliche Praxis

.....
Telefon

.....
Therapeut/in

.....
Telefon

.....
Schule/Kindergarten

.....
Telefon

Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen und Erklärungen, die ich/wir den therapeutischen Mitarbeitern und/oder Ärzten gegenüber anvertraut haben.

Die Schweigepflichtsentbindung gilt ebenso umgekehrt für die oben genannten Personen und/oder Institutionen. Diese Entbindungserklärung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Mutter

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Vater