



Name Kind: _____ geb. am: _____

Adresse: _____

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde/n ich/wir als sorgeberechtigte Person

(Name/Vorname des Elternteils/der Eltern)

Frau Martina Fox von Autismus Bremen e.V. der Schweigepflicht, um sich mit folgender Person/Institution etc. über mein/unser Kind

durch Gespräche oder Überlassung von Berichten etc. auszutauschen:

Name/n und falls
vorhanden Adresse _____

Schule _____

Kinderarzt _____

Sozialpädiatrisches Institut _____

Kinderpsychiater _____

Gesundheitsamt _____

Weitere _____

Wir sind darauf hingewiesen worden, dass diese Schweigepflichtentbindung von uns jederzeit widerrufen werden kann.

Datum

Unterschrift