

Wechselseitige Schweigepflichtsentbindung

Name und Geburtstag des Kindes _____

Wir sind damit einverstanden, dass Auskünfte und Berichte über unser Kind zu folgenden Inhalten:

an folgende Personen im wechselseitigem Austausch weitergegeben werden dürfen:

Mitarbeiter/innen der Kindertagesstätte des Diakonischen Werkes Hahn- Lehmden e. V.:

Ärzte: _____

Therapeuten: _____

Institutionen: _____

Weitere Fachleute: _____

Diese Schweigepflichtsentbindung verbleibt in den Akten des Kindes.

Die Eltern sind berechtigt, diese jederzeit, ohne Angabe von Gründen, zu widerrufen.

Datum

Unterschrift der Eltern