

Schweigepflichtenentbindung SPZ Celle



PERSON

Name

Vorname

Geburtsdatum

ENTBINDUNG DER SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit entbinde(n) ich / wir folgende Person(en) / Institutionen von der Schweigepflicht ge-genüber den zuständigen Mitarbeitern / -innen des SPZ Celle.

Gleichfalls entbinde(n) ich / wir die/den Mitarbeiter / -innen des SPZ Celle von ihrer Schweigepflicht gegenüber der / den unten genannten Person(en) / Institutionen.

1. Person

2. Person

3. Person

4. Person

Dieses Schreiben behält bis zum schriftlichen Widerruf seine Gültigkeit.

Datum und Unterschrift des / der Sorgeberechtigten

Vor- und Zuname/ n in Druckbuchstaben

*... da, wenn's
darauf ankammt!*