



Schweigepflichtentbindung

Erklärung der/des Erziehungsberechtigten

Name, Vorname(n) des Kindes

geb. _____

Name(n), Vorname(n) der/des Erziehungsberechtigten

Adresse, Telefon

Hiermit entbinde ich/entbinden wir

Frau/Herrn _____

Mitarbeiterin/Mitarbeiter der MSH

und die/den Mitarbeiter/-in der

Kinderarztpraxis _____

Kinder- und Jugendpsychiatrie _____

Pädagogischen Frühförderung _____

Kindertagesstätte _____

Ergotherapie _____

Logopädie _____

Erziehungsberatungsstelle _____

sonstigen Einrichtungen: _____

von der gegenseitigen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten