

Katrin Schwind
Hebamme
Karl-Marx-Strasse 50
08134 Wildenfels / Härtensdorf
Tel: 037603 58220, Fax: 037603 55338
E-Mail: info@hebamme-schwind.de



Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich oben genannte Hebamme von ihrer beruflichen Schweigepflicht gegenüber

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> dem zuständigen Sozialamt | <input type="radio"/> dem Arzt Dr. |
| <input type="radio"/> dem zuständigen Jugendamt | <input type="radio"/> der Kollegin Hebamme |
| <input type="radio"/> meiner Krankenkasse | <input type="radio"/> sonstige |

Grund:

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Eine Mehrfertigung dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Name und Anschrift:

Ort, Datum

Unterschrift Betreute

(Mehrfertigung für Betreute)

Hebamme
Katrin Schwind
Karl-Marx-Strasse 50
08134 Wildenfels / Härtensdorf
Tel: 037603 58220, Fax: 037603 55338
E-Mail: info@hebamme-schwind.de

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich oben genannte Hebamme von ihrer beruflichen Schweigepflicht gegenüber

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> dem zuständigen Sozialamt | <input type="radio"/> dem Arzt Dr. |
| <input type="radio"/> dem zuständigen Jugendamt | <input type="radio"/> der Kollegin Hebamme |
| <input type="radio"/> meiner Krankenkasse | <input type="radio"/> sonstige |

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Eine Mehrfertigung dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Diese Einverständniserklärung habe ich abgegeben am: _____