

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Hiermit entbinde ich

Frau Dr. Ulrike Berlin · Frau Dr. Eva Marie Nonn

(zutreffenden Namen bitte unterstreichen)

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

Name(n), Institution, Telefonnummern

☐ Ich bin mit der Übermittlung schriftlicher Unterlagen einverstanden.

☐ Ich stimme einem persönlichen, ggf. telefonisch geführten Gespräch zwischen den o. g. Personen zu.

Bitte ankreuzen.

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Datum

Unterschrift

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort