

Entbindung von der Schweigepflicht für das Schuljahr

Hiermit entbinde(n) ich/wir

Mutter Vater

Strasse Strasse

PLZ/Ort PLZ/Ort

Tel. Tel.

Mail Mail

Sorgeberechtigt ja nein

Sorgeberechtigt ja nein

das HPZ BL sowie die folgenden Stellen von der Schweigepflicht:

Ärztin / Arzt (Name, Adresse)

Psychotherapie

Ergotherapie

Physiotherapie

Logopädie

.....

Es dürfen nur Informationen und Unterlagen bezüglich unseres Kindes

..... geboren am

zwischen dem HPZ BL und den oben aufgeführten Stellen ausgetauscht werden.

Ort, Datum:

Unterschrift: