

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich, _____, die Netzwerkpartner/-innen Gemeinsam gegenüber folgender Stellen von der Schweigepflicht.

- Arzt/Ärztin.....
- Pflegedienst.....
- Ergotherapie.....
- Logopädie.....
- Heilpädagogik.....
- Physiotherapie.....
- Krankenhaus.....
- Psychotherapie.....
- Sonstiges.....

Datum

Unterschrift

HINWEIS: Die oben gegebene Schweigepflichtentbindung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Das Projekt wird gefördert vom Land NRW und der Europäischen Union im Leitmarktwettbewerb Gesundheit.NRW.