

Schweigepflichtsentbindung

Name des Kindes: _____

geb.: _____

Erziehungsberechtigte/r: _____

Adresse : _____

Ich bin/wir sind einverstanden, dass personenbezogene Daten, die unser Kind und uns betreffen, zwischen folgenden Institutionen bzw. Personen ausgetauscht werden dürfen:

- Praxis Pustebblume, folgende/r Mitarbeiter/in oder deren Vertretung :

- Kooperationspartner:

Die Datenweitergabe darf sich nur auf folgende Inhalte beziehen
(bei Bedarf ausfüllen):

Ich bin/wir sind mit der Datenschutzerklärung vertraut gemacht worden und willige/n ein. Besondere Wünsche im Umgang mit unseren Daten werde ich/werden wir ausdrücklich äußern. Ich wurde/wir wurden informiert, dass ich/wir diese Erklärung jederzeit widerrufen kann/können.

(Ort/ Datum / Unterschrift aller Erziehungsberechtigten)

Seite 1 von 1

