



Entbindung von der Schweigepflicht

– je ein Blatt für Arzt, Erzieherin und Eltern –



Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____

Ich bin damit einverstanden, dass sich der behandelnde Kinderarzt / die behandelnde Kinderärztin meines Kindes, Herr / Frau _____, telefonisch mit dem Erzieher / der Erzieherin meines Kindes, Herrn / Frau _____, aus der Kindertageseinrichtung _____ in Verbindung setzt, um für ihn / sie noch offene Fragen im Zusammenhang mit dem Erzieherbeobachtungsbogen zu klären. Ich entbinde die oben genannten Personen diesbezüglich von ihrer Schweigepflicht.

Datum: _____ Unterschrift der Erziehungsberechtigten: _____



Entbindung von der Schweigepflicht

– je ein Blatt für Arzt, Erzieherin und Eltern –



Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____

Ich bin damit einverstanden, dass sich der behandelnde Kinderarzt / die behandelnde Kinderärztin meines Kindes, Herr / Frau _____, telefonisch mit dem Erzieher / der Erzieherin meines Kindes, Herrn / Frau _____, aus der Kindertageseinrichtung _____ in Verbindung setzt, um für ihn / sie noch offene Fragen im Zusammenhang mit dem Erzieherbeobachtungsbogen zu klären. Ich entbinde die oben genannten Personen diesbezüglich von ihrer Schweigepflicht.

Datum: _____ Unterschrift der Erziehungsberechtigten: _____



Entbindung von der Schweigepflicht

– je ein Blatt für Arzt, Erzieherin und Eltern –



Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____

Ich bin damit einverstanden, dass sich der behandelnde Kinderarzt / die behandelnde Kinderärztin meines Kindes, Herr / Frau _____, telefonisch mit dem Erzieher / der Erzieherin meines Kindes, Herrn / Frau _____, aus der Kindertageseinrichtung _____ in Verbindung setzt, um für ihn / sie noch offene Fragen im Zusammenhang mit dem Erzieherbeobachtungsbogen zu klären. Ich entbinde die oben genannten Personen diesbezüglich von ihrer Schweigepflicht.

Datum: _____ Unterschrift der Erziehungsberechtigten: _____



Entbindung von der Schweigepflicht

– je ein Blatt für Arzt, Erzieherin und Eltern –



Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____

Ich bin damit einverstanden, dass sich der behandelnde Kinderarzt / die behandelnde Kinderärztin meines Kindes, Herr / Frau _____, telefonisch mit dem Erzieher / der Erzieherin meines Kindes, Herrn / Frau _____, aus der Kindertageseinrichtung _____ in Verbindung setzt, um für ihn / sie noch offene Fragen im Zusammenhang mit dem Erzieherbeobachtungsbogen zu klären. Ich entbinde die oben genannten Personen diesbezüglich von ihrer Schweigepflicht.

Datum: _____ Unterschrift der Erziehungsberechtigten: _____