



Logopädie Aachen

Schweigepflichtentbindung

Entbindung von der Schweigepflicht

PatientIn:

Name: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Kindergarten / Schule / Einrichtung:

Name: _____

Adresse: _____

ErzieherIn: _____

LehrerIn: _____

Telefon: _____

Hiermit entbinde ich die LogopädInnen der

Praxis für Logopädie Georg Hilfrich,
Rathausstr. 22a & Viehhofstr. 6, Aachen

von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber Kindergarten / Schule / anderen
therapeutischen Einrichtungen / Sozialamt / _____

(Nicht Zutreffendes bitte streichen)

Zweck der Schweigepflichtentbindung _____

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Schweigepflichtentbindung jederzeit
(schriftlich) widerrufen kann.

Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen ges. Vertreter)

