

 <p><b>AKH CELLE</b>          SPZ          Bullenberg 10          29221 Celle</p>	<p><b>Sozialpädiatrisches Zentrum Celle</b></p> <p><b>Schweigepflichtentbindung</b></p>	
--	---	--

**Name, Vorname, Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Entbindung von der Schweigepflicht**

Hiermit entbinde(n) ich / wir folgende Person(en) / Institutionen von der Schweigepflicht gegenüber den zuständigen Mitarbeitern / -innen des SPZ Celle.

Gleichfalls entbinde(n) ich / wir die/den Mitarbeiter / -innen des SPZ Celle von ihrer Schweigepflicht gegenüber der / den unten genannten Person(en) / Institutionen.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Dieses Schreiben behält bis zum schriftlichen Widerruf seine Gültigkeit.

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des / der Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
 Vor- und Zunamen /n in Druckbuchstaben