



Schweigepflicht-Entbindung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass folgende/r Mitarbeiter/in
des Familienzentrums Hochrhein

(Name/n des Berechtigten)

ein Gespräch mit _____ führt.

Thema: _____

Ich wurde darüber informiert, dass ich die Entbindung von der Schweigepflicht
jederzeit zurücknehmen kann.

Name: _____

Datum / Unterschrift: _____

