

Name und Anschrift der Kinderarztpraxis:

Befreiung von der Schweigepflicht/ Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich/wir,

Name, Vorname

geb. am

und

Name, Vorname

geb. am

als Erziehungsberechtigte unserer Kinder:

Name, Vorname

geb. am

Name, Vorname

geb. am

Name, Vorname

geb. am

Frau/ Herrn

Name des Kinderarztes/ -Ärztin

als unseren Kinderarzt/ unsere Kinderärztin für mich/uns tätig zu werden. Er/Sie darf Kontakt zum BUNTEN KREIS in der Region Aachen e.V. aufnehmen, die Diagnose unseres Kindes sowie unsere Daten und Rufnummer zwecks Kontaktaufnahme seitens einer Mitarbeiterin des BUNTEN KREISES weitergeben. Die Mitarbeiterin des BUNTEN KREISES berät die Familie bei der Versorgung und den Hilfen für das kranke Kind.

Für die Kontaktaufnahme zum BUNTEN KREIS entbinde ich/wir unseren Kinderarzt/ Kinderärztin von seiner/ihrer Schweigepflicht.

Der Erziehungsberechtigte erhält eine Kopie dieser Erklärung.

Ort

Datum

Unterschrift/en

CMKÄ_01