

MOBILER DIENST

Sehen und visuelle Wahrnehmung



Entbindung von der Schweigepflicht

Für mein/unser Kind

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	

entbinde/n ich/wir folgende Stelle von der Schweigepflicht,

Augenarzt

Name:

Telefon:

Fax:

wenn das

Bildungs- und Beratungszentrum für Sehen und visuelle
Wahrnehmung
Georg-Droste-Schule
An der Gete 103
28211 Bremen

um entsprechende Informationen bittet.

Mir/uns ist die Bedeutung dieser Schweigepflichtentbindung erläutert worden.

Bremen, den _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte