

# MOBILER DIENST

Sehen und visuelle Wahrnehmung



## Entbindung von der Schweigepflicht

Für mein/unser Kind

|                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| <b>Name:</b>         | <b>Vorname:</b> |
| <b>Geburtsdatum:</b> |                 |

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

**Augenarzt**

**Name:**

**Telefon:**

**Fax:**

wenn die

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

um entsprechende Informationen bittet.

Mir/uns ist die Bedeutung dieser Schweigepflichtentbindung erläutert worden.

Bremen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte