

MOBILER DIENST

Sehen und visuelle Wahrnehmung



Entbindung von der Schweigepflicht

Ich

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	

entbinde 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 ist die Bedeutung dieser Schweigepflichtentbindung erläutert worden.

Bremen, den _____

Unterschrift Schüler:in (bei Volljährigkeit)