

# MOBILER DIENST

Sehen und visuelle Wahrnehmung



## Entbindung von der Schweigepflicht

Ich

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

entbinde 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 ist die Bedeutung dieser Schweigepflichtentbindung erläutert worden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schüler:in (bei Volljährigkeit)