



Schweigepflichtsentbindung

Name des Kindes/ der Kinder: _____

Geburtsdatum Kind/ Kinder: _____

Name Elternteil 1: _____

Geburtsdatum Elternteil 1: _____

Name Elternteil 2: _____

Geburtsdatum Elternteil 2: _____

Hebamme: _____

Kinderarzt/-ärztin: _____

Gynäkolog:in: _____

Sonstige: _____

Hiermit erkläre/n ich mich/ wir uns einverstanden, dass Nele Eppmann in ihrer Funktion als meine/ unsere Still- und Laktationsberaterin Kontakt mit vorangehend genannten Stellen aufnimmt, um Daten, Befunde oder Einschätzungen bezüglich mir/ uns und meinem/ unserem Kind(ern) auszutauschen. Der Austausch dient ausschließlich dem Zweck der effektiven fachlichen Betreuung und Beratung.

Ich entbinde beide Seiten diesbezüglich gegenseitig von ihrer Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung sowie die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift(en)