

Formular III
Einsatz von Familienhebammen im Rahmen der Frühen
Hilfen gem. § 16 SGB VIII

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich die Familienhebamme

von der Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass sie für den Zeitraum der Betreuung

Folgende Personen / folgende Einrichtung:

Auskunft über die Gesundheit und Entwicklung meines Kindes / meiner Familie geben und bei Ihnen einholen kann.

Mir ist bekannt, dass ich diese Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit widerrufen kann.

(Name, Vorname, Personensorgeberechtigte/r in Druckschrift)

(Name, Vorname, Geburtsdatum Kind)

(Anschrift)

Datum

Unterschrift