

AGAPLESION KRANKENHAUS NEU BETHLEHEM

NBG Schweigepflichtsentbindungserklärung zur Anmeldung des Kindes

Hiermit willige/n ich/wir,

....., (Vorname u. Nachname Mutter)

geboren am....., (Datum)

....., (Vorname u. Nachname Vater)

geboren am....., (Datum)

wohnhaft.....,
(Straße, Nr., Postleitzahl, Ort)

ein, dass das AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem meine/unsere vollständigen Originaldokumente einsehen und auf Vollständigkeit überprüfen darf. Zudem willige/n ich/wir ein, dass diese Dokumente an das Göttinger Standsamt weitergeleitet werden dürfen, um mein(e)/unser(e) Kind/er standesamtlich anmelden zu können.

Name des Kindes:

Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit widerrufen können.

.....
Datum, Unterschrift Mutter

.....
Datum, Unterschrift Vater