



## Formular Schweigepflichtentbindung

---

Name: \_\_\_\_\_, geboren am: \_\_\_\_\_  
Geborene: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die:

newcare clinic Altenkirchen  
Heimstraße 8  
57610 Altenkirchen

und

dem zuständigen Jugendamt:  
Ansprechpartner des Jugendamtes:  
Telefon: \_\_\_\_\_

gegenseitig Auskünfte über mich erteilen dürfen.

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

.....  
(Unterschrift)

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte senden oder faxen Sie uns Befunde/Entlassberichte der o.g. Patientin  
baldmöglichst zu. (FAX: 02681-943 111)

Mit freundlichen Grüßen

Aufnahme Team der newcare clinic Altenkirchen

Ersteller/Bearbeiter	Datum	Freigabe durch	Änderungsstand	Seite
QMB Patzwald	01.09.2022		00	1 von 1