

Entbindung von der Schweigepflicht الإعفاء من واجب الكتمان

Einrichtung/Helferkreis/Person → شخص\جهه مساعده\إداره\مؤسسه	
Straße → الشارع	
PLZ/Ort → المنطقه\الرمز البريدي	

Ort, Datum
المكان, التاريخ

Betrifft
الجهة المعنية

Name, Vorname اسم العائله, الاسم	geboren am تاريخ الولاده
-------------------------------------	-----------------------------

Kind
الطفل

Name, Vorname اسم العائله, الاسم	geboren am تاريخ الولاده
-------------------------------------	-----------------------------

Hiermit entbinde ich:
أنا الموقع ادناه أعفي السيد(ة):

Name, Vorname اسم العائله, الاسم	Gegenüber إزاء	Name der Mitarbeiterin/Einrichtung الاداره\المؤسسه\اسم الموظف
Name, Vorname اسم العائله, الاسم	Gegenüber إزاء	Name, Vorname اسم العائله, الاسم
Name, Vorname اسم العائله, الاسم	Gegenüber إزاء	Name, Vorname اسم العائله, الاسم

von der Schweigepflicht.
من واجب الكتمان.

Unterschrift
التوقيع