

Entbindung von der Schweigepflicht Persisch

انتشار مدارک پزشکی

Einrichtung/Helferkreis/Person →	موسسه/حوزه و محدوده /شخص
Straße →	خیابان
PLZ/Ort →	کد پستی /شهر یا محدوده

شهر یا محدوده ،تاریخ ,
Ort, Datum

Betrifft موضوع

Name, Vorname نام خانوادگی ،نام	geboren am تاریخ تولد
------------------------------------	--------------------------

Kind فرزند

Name, Vorname نام خانوادگی،نام	geboren am تاریخ تولد
-----------------------------------	--------------------------

Hiermit entbinde ich: بدینوسیله من

Name, Vorname نام خانوادگی،نام	gegenüber	Name der Mitarbeiterin/Einrichtung کارمند مربوطه /موسسه	
Name, Vorname نام خانوادگی،نام		gegenüber	Name, Vorname نام خانوادگی ،نام
Name, Vorname نام خانوادگی،نام		gegenüber	Name, Vorname نام خانوادگی ،نام

von der Schweigepflicht.

شرایط را می پذیرم

امضا

Unterschrift