

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

die mich behandelnden Ärzte

Name, Anschrift:

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie sowie die betreffenden Einrichtungen, den nachfolgenden Personen Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in die Krankenakte zu gewähren.

Name: Dr. Julia Regler
Dr. Daniela Maurer-Solcher

Anschrift: c/o Herzenswunsch Hospizmobil
BRK KV Straubing-Bogen
Siemensstr. 11a
94315 Straubing

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

BRK-Kreisverband Straubing-Bogen Körperschaft des öffentlichen Rechts

Siemensstraße 11a
94315 Straubing
Tel. 09421 9952-0
Fax 09421 9952-34
www.kvstraubing.brk.de

Tel. 09421 9952-25
Fax 09421 9952-34
Herzenswunsch@kvstraubing.brk.de

IBAN
DE72 7425 0000 0000 0919 91
BIC
BYLADEM1SRG

Steuer-Nr. 143/853/15005
Ust.ID DE 129 523533
Finanzamt München
für Körperschaften

Die sieben Grundsätze
der Rotkreuz- und
Rothalbmondbewegung

- Menschlichkeit
- Unparteilichkeit
- Neutralität
- Unabhängigkeit
- Freiwilligkeit
- Einheit
- Universalität