

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

die mich behandelnden Ärzte:

Name, Anschrift

Name, Anschrift

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

Name:

Anschrift:

c/o
BRK Herzenswunsch Hospizmobil
Waltersdorf 97
94327 Bogen

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



Bayerisches Rotes Kreuz
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Bezirksverband
Niederbayern/Oberpfalz

Herzenswunsch Hospizmobil

Waltersdorf 97
94327 Bogen
Tel. 09421 9952-1515
Fax 09422 9181357
E-Mail herzenswunsch@kvstraubing.brk.de
www.herzenswunsch-hospizmobil.de

Die sieben Grundsätze der Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung:

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

Bankverbindung:
IBAN: DE30 7425 0000 0041 3043 61
BIC: BYLADEM1SRG