

Gültigkeit/Verteiler:

x													
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

folgende Person/ Personen

von ihrer Schweigepflicht gegenüber

und erkläre mich damit einverstanden, dass die erstgenannte Person im Rahmen ihrer/seiner Aufgaben die benötigten Auskünfte erteilen und oder einholen.

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

Pr. Oldendorf, den

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten
bzw. des Betreuers)