

Freiwillige Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen / pflegerischen Schweigepflicht

Mit folgender Erklärung entbinde ich, _____, geb. _____,
Herrn / Frau / die Mitarbeiter der Einrichtung _____,
von seiner / ihrer gesetzlichen und / oder beruflichen Schweigepflicht zur
Verwendung / Weitergabe meiner Daten zur Nutzung in dem Verfahren
_____.

Er / sie bekommt mein Einverständnis zur Weitergabe meiner Sozial-, Pflege- und
Behandlungsdaten sowie derjenigen Informationen, die meine vergangene und
weitere Behandlung, Begleitung und Betreuung betreffen.

Die Einsichtnahme in Patientenunterlagen / Pflegedokumentation wird ausdrücklich
genehmigt.

Über die weitere Verwendung der erhobenen Daten wurde ich aufgeklärt.

Diese Schweigepflichtentbindung dient ausschließlich dem aktuellen
Auskunftsersuchen und bezieht sich nicht auf weitergehende Auskünfte.
Sie gilt nur gegenüber der Rechtsanwältin, Frau Karin Stein.

(Datum)

(Unterschrift)