

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 Herzenswunsch Hospizmobil
BRK KV Straubing-Bogen
Siemensstraße 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



Bayerisches Rotes Kreuz
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Bezirksverband
Niederbayern/Oberpfalz

Siemensstraße 11a
94315 Straubing
Tel. 09421 9952-0
Fax 09421 9952-1005
www.kvstraubing.de

Herzenswunsch Hospizmobil

Tel. 09421 9952-1515
Fax 09421 9952-1005
E-Mail herzenswunsch@kvstraubing.brk.de

**Die sieben Grundsätze
der Rotkreuz- und
Rothalbmondbewegung:**

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

Bankverbindung:
IBAN: DE72 7425 0000 0000 0919 91
BIC: BYLADEM1SRG