

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich,

Name _____

Adresse _____

folgende Personen von der Schweigepflicht und bin mit einem Informationsaustausch einverstanden:

Behandelnde Ärzte:

Name

Anschrift

Name

Anschrift

Gesetzliche(r) Betreuer/in

Name

Anschrift

Ambulanter Pflegedienst

Name des Pflegedienstes

Anschrift

Beteiligte Pflegekräfte

Name

Name

Name

Name

Suchtberater/in

Name:

Beratungsstelle:

Diese Schweigepflichtentbindung habe ich freiwillig abgegeben. Ich weiß, dass ich diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort Datum

Unterschrift des zu Pflegenden