

Schweigepflichtentbindungserklärung von Patienten

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname

Straße, PLZ Wohnort

alle Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, die an meiner ambulanten Palliativversorgung/ medizinische Behandlung beteiligt sind (Praxen/Kliniken), inkl. aller Pflegekräfte des Palliativmedizinischen Konsiliardienst, inkl. aller Medizinischen Fachangestellten sowie alle ggf. hinzugezogenen Pflegedienste, Krankenhäuser, Pflegeheime sowie ehrenamtliche Hospizdienste, jeweils untereinander sowie gegenüber

- Meiner gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung
- Meiner Berufsgenossenschaft
- Meinem Rentenversicherungsträger
- Meiner Beihilfestelle
- Einer sonstigen Institution (Bezeichnung)-----

von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht. Die Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ich stimme den Befundaustausch zwischen den Praxen und Kliniken sowie weiteren Leistungserbringern ausdrücklich zu sowie die Weiterleitung der Rezepte an Apotheken und Sanitätshäuser.

Ich habe das Recht, diese Erklärung jederzeit mündlich oder schriftlich zu widerrufen.

Datum

Unterschrift