

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht



Hiermit entbinde ich

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

die mich behandelnden Ärzte:

Name: _____

Anschrift: _____

von der ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie, sowie die betreffenden Einrichtungen, den nachstehenden Personen Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in meine Krankenakte zu gewähren.

Name: Dr. med Gerhard Draxler
c/o Herzenswunsch Hospizmobil
BRK Kreisverband Nürnberger Land
Henry-Dunant-Str. 1
91207 Lauf a. d. Pegnitz

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

Bayerisches Rotes Kreuz
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Kreisverband Nürnberger Land

Henry-Dunant-Str. 1
91207 Lauf a. d. Pegnitz
Tel. 09123 9403-0
Fax 09123 12961
www.kvnl.brk.de

Herzenswunsch Hospizmobil

E-Mail: herzenswunsch@kvnl.brk.de

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

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

Ort, Datum

Unterschrift

Bankverbindung:
IBAN: DE42 7605 0101 0240 1263 67
BIC: SSKNDE77XXX