

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Vorliegend entbinde ich,

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

alle mich behandelnden Ärzte, Therapeuten und Angehörige anderer Heilberufe, die mich anlässlich des u.g. Ereignisses/Anlass untersucht, beraten oder behandelt haben, von Ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus. Zugleich willige ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten durch das Betreuungsteam oder deren Vertretung im „Haus Wartenberg“ ein (§ 4 Abs. 2 BDSG).

Diese Erklärung gilt gegenüber

dem Betreuungsteam und deren Vertretung im `Haus Wartenberg`

Ort/Datum

Unterschrift

Die Erklärung bezieht sich auf

den Aufenthalt im Haus Wartenberg, einer soziotherapeutischen Einrichtung der STZ Heide in 85456 Wartenberg:

Beginn:

Ferner bin ich damit einverstanden, dass dem **Team von Haus Wartenberg** alle Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit dem obigen Ereignis/Anlass stehen und ggf. Abschriften von Berichten und Gutachten zur Verfügung gestellt werden.

Ort/Datum

(Herr /Frau _____)

