

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. Dies umfasst auch die zusammenfassende Information der Helfer*innen, die die Fahrt mit dem Herzenswunsch-Hospizmobil durchführen, durch diese Person.

Name:

Anschrift: Bayerisches Rotes Kreuz, Kreisverband München
Herzenswunsch-Hospizmobil
Perchtinger Straße 5
81379 München

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
Kreisverband München

Perchtinger Straße 5
81379 München
Telefon: 0 89 / 23 73 - 564
Telefax: 0 89 / 23 73 - 44 564
www.brk-muenchen.de

Herzenswunsch Hospizmobil

Telefon: 0 89 / 23 73 - 564
Telefax: 0 89 / 23 73 - 44 564
E-Mail:
herzenswunsch@wus.brk-muenchen.de

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

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

Bankverbindung:
IBAN: DE82 7025 0150 0000 0888 80
BIC: BYLADEM1KMS
„Spende Herzenswunsch-
Hospizmobil“