

Schweigepflichtentbindung für einen Beschwerdeverfahren

Ich _____
Name, Vorname

wohnhaft _____

geboren _____
am _____

willige ein, dass im Rahmen der im Ludmilenstift Meppen eingegangenen Beschwerden im Zusammenhang mit meinem Behandlungsfall bzw. meinem Aufenthalt relevante Informationen, einschließlich medizinischer Informationen, die unter die ärztliche Schweigepflicht fallen, an

Ich _____

wohnhaft _____

geboren _____
am _____

weitergegeben bzw. offenbart werden.

Widerruf:

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

Identifizierung

Zur Identifizierung meiner Unterschrift füge ich die Kopie beider Seiten meines Personalausweises bei. Ebenso füge ich eine Kopie des Personalausweises der hiermit ermächtigten Person bei.

Datum _____ Unterschrift _____