

Stadorf e. V. Verein zur Förderung und Integration für Menschen mit einer Behinderung	Ärztliche Schweigepflichtentbindung	QM Handbuch Kapitel: 1.2.4.2.1.6
	Stadorf e. V. Alewinstraße 15, 29525 Uelzen	Seite: 1/1 Stand: 29.04.2016

Hiermit entbinde ich:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

die mein Kind / Betreuten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen von Stadorf e.V. Die Unterlagen sind vertraulich zu behandeln und dürfen dritten Personen nicht zugänglich gemacht werden.

Mein Einverständnis gilt zudem unter der Bedingung, dass das Datenschutzgesetz eingehalten wird.

Diese Schweigepflichtentbindung gilt so lange, bis sie von mir schriftlich widerrufen wird und bedarf nicht der jährlichen Erneuerung.

Ort, Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten / ges. Betreuer