

Stadorfer Hilfen für Menschen mit einer Behinderung gGmbH	Wohn- und Betreuungsvertrag Anlage „Ärztliche Schweigepflichtentbindung“	Anlage 8a WBV Seite: 1/1
	Stadorfer Hilfen gGmbH Alewinstraße 15, 29525 Uelzen	

Hiermit entbinde ich:

Name:

Vorname:

Anschrift:

die behandelnden Ärzte, Apotheken und Hersteller von medizinischen Produkten von ihrer Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Stadorfer Hilfen gGmbH

die meinen Betreuten / meine Betreute

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

begleiten. 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 gesetzl. Betreuers / der Betreuerin