

Entbindung von der Schweigepflicht / Einwilligung in die Datenweitergabe

Kunde / Versicherte Person:

Name

Anschrift

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Ich entbinde Alltagszeit und die eingesetzten Mitarbeitenden – soweit erforderlich – von der Schweigepflicht gegenüber:

- Pflegekasse/Privatversicherer/Krankenkasse
- Ärztinnen/Ärzte/Therapeut:innen
- Krankenhäuser
- Ambulante Pflegedienste
- Kooperations-Fachkraft/Regionalbüro
- Sonstiges:

Zweck: z.B. Unterstützung bei Terminvereinbarungen, Rezeptfragen, Leistungsklärung, Abrechnungsfragen.

Widerruf: jederzeit mit Wirkung für die Zukunft möglich.

Ort / Datum

Unterschrift Kunde / gesetzl. Vertreter

Nachweis beigelegt (sofern zutreffend):

- Betreuerausweis Sorgerechtsausweis Vollmacht (Datum: _____)