

DRK-Kreisverband Böblingen e.V. Umberto-Nobile-Str. 10 71063 Sindelfingen

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

die mich behandelnden Ärzte

Name, Anschrift: _____

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie sowie die betreffenden Einrichtungen, den nachfolgenden Personen Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in die Krankenakte zu gewähren.

Name _____

Anschrift: c/o Herzenswunsch Hospizmobil
DRK-Kreisverband Böblingen e.V.
Umberto-Nobile-Str. 10
71063 Sindelfingen

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

**Stiftung Deutsches Rotes
Kreuz im Landkreis
Böblingen**

Herzenswunsch-Hospizmobil

Umberto-Nobile-Straße 10
71063 Sindelfingen
Tel. 07031 6904 444
Fax 07031 6904 459
herzenswunsch@drkbb.eu
www.drk-kv-boeblingen.de

Stiftungsvorsitzender
Ministerialdirektor a. D.
Michael Steindorfner

Regierungspräsidium Stuttgart
Stiftungsregister 14-0563

Steuer-Nr.
56002/37917

Bankverbindung
Kreissparkasse Böblingen
IBAN DE60 6035 0130 0000 0010 09
BIC BBKRDE6BXXX

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

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

Ort, Datum

Unterschrift