

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, _____, geb. am _____,
anlässlich meiner Beschwerde vom _____ betreffend das
Krankenhaus _____ die Ärztinnen
und Ärzte sowie das weitere Personal der Klinik gegenüber der
Bezirksregierung Detmold von der gesetzlichen Schweigepflicht.

Die Entbindung von der Schweigepflicht bezieht sich nur auf die
anlassbezogene Sachverhaltsklärung. Die Erklärung über die Entbindung
von der Schweigepflicht kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft
widerrufen werden.

Datum, Unterschrift

Zurück an

Bezirksregierung Detmold
Dezernat 24 Krankenhausaufsicht
KH-Aufsicht@bezreg-detmold.nrw.de
Leopoldstr. 15
32756 Detmold