

 <p>PKD SIWOL GbR Sandstr. 140-144 57072 Siegen</p>	<p>Standard: Schweigepflichtsentbindung</p> <p>PKD SIWOL Tel.-Nr. Koordination: 01522/ 85 29 924</p>	<p>Version: 2 Datum: 19.06.2023 Erstellt: Koordination RMN/ ZA</p>
---	--	---

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname

Strasse

PLZ Wohnort

alle Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, die an meiner ambulanten Palliativversorgung beteiligt sind, inkl. aller Pflegefachkräfte des „Palliativnetzwerk Siegen-Wittgenstein- Olpe e.V.“ sowie aller gegebenenfalls hinzugezogenen Pflegedienste und ehrenamtlichen Hospizdienste, jeweils untereinander sowie gegenüber

- meiner gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung
- meiner Berufsgenossenschaft
- meinem Rentenversicherungsträger
- meiner Beihilfestelle
- einer sonstigen Institution, bitte genau bezeichnen:.....

von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht. Die Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Siegen,

x

Datum

Unterschrift