

## 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: Dr. med. Johannes Spes

Anschrift: c/o Herzenswunsch Hospizmobil  
BRK KV Mühldorf und Altötting  
Ahamer Straße 18  
84453 Mühldorf am Inn

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

Ort, Datum

Unterschrift

### Herzenswunsch Hospizmobil Mühldorf-Altötting

Ahamer Straße 18  
84453 Mühldorf am Inn  
Tel. 08631 3655-0  
Fax 08631 3655-49

www.kvmuehldorf.brk.de  
herzenswunsch@kvmuehldorf.brk.de

Spendenkonto:  
VR meine Raiffeisenbank eG

IBAN:  
DE34 7106 1009 17000 98728  
BIC:  
GEN0DEF1A0E

Die sieben Grundsätze  
der Rotkreuz- und  
Rothalbmondbewegung

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