

Schweigepflichtentbindung



Hospiz Kieler Förde

Radewisch 90

24145 Kiel

Tel.: 0431/79 96 79- 12, 11

Fax: 0431/79 96 79 - 42

Ich _____, geb. am _____

erteile den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Hospizes Kieler Förde gGmbH, die Erlaubnis, erforderliche Daten, die im Zusammenhang mit meinem möglichen Hospizaufenthalt stehen, an die zuständige Kranken- und Pflegekasse, sowie dem Medizinischen Dienst (gegebenenfalls auch dem Amt für Familie und Soziales und dem Gesundheitsamt, soweit die Kranken- bzw. Pflegekassen nicht Kostenträger sind) weiterzugeben.

Ort, Datum

Unterschrift

Ich, _____, erteile als bevollmächtigte Person für _____, geb. _____

den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Hospizes Kieler Förde gGmbH, die Erlaubnis, erforderliche Daten, die im Zusammenhang mit einem möglichen Hospizaufenthalt stehen, an die zuständige Kranken- und Pflegekasse, sowie dem Medizinischen Dienst (gegebenenfalls auch dem Amt für Familie und Soziales und dem Gesundheitsamt, soweit die Kranken- bzw. Pflegekassen nicht Kostenträger sind) weiterzugeben.

Ort, Datum

Unterschrift