

Schweigepflichtentbindung

Um eine ganzheitliche Betreuung gewährleisten zu können ist die Schweigepflichtentbindung erforderlich. Hiermit entbinde ich,

Name Vorname

.....
 Geburtsdatum

die nachfolgend genannten Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitenden des **Wohnheims der Stadtmission Chur**.

Hausarzt			
Name		Strasse	
Vorname		PLZ und Ort	
Telefon		E-Mail	
Psychiater / Therapeut			
Name		Strasse	
Vorname		PLZ und Ort	
Telefon		E-Mail	
Zahnarzt			
Name		Strasse	
Vorname		PLZ und Ort	
Telefon		E-Mail	
Andere			
Name		Strasse	
Vorname		PLZ und Ort	
Telefon		E-Mail	

Die Schweigepflichtentbindung erstreckt sich auf die Mitarbeitenden der genannten Personen. Sie erstreckt sich auf meine gesamte Krankengeschichte. Die genannten Personen sind befugt Abschriften und Kopien aus den Krankenunterlagen den Mitarbeitenden des Wohnheims der Stadtmission Chur zu überlassen.

Ort, Datum Bewohner

Ort, Datum Gesetzliche Vertretung