

## 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, der nachfolgenden Person Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in die Krankenakte zu gewähren.

Name: Dr. Daniela Maurer-Solcher

Anschrift: c/o Herzenswunsch Hospizmobil  
BRK KV Straubing-Bogen  
Siemensstr. 11a  
94315 Straubing

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

**BRK-Kreisverband  
Straubing-Bogen  
Körperschaft des  
öffentlichen Rechts**

Siemensstraße 11a  
94315 Straubing  
Tel. 09421 9952-0  
Fax 09421 9952-1005  
www.kvstraubing.brk.de

Tel. 09421 9952-1102  
Fax 09421 9952-1005  
Herzenswunsch@kvstraubing.brk.de

IBAN  
DE72 7425 0000 0000 0919 91  
BIC  
BYLADEM1SRG

Die sieben Grundsätze  
der Rotkreuz- und  
Rothalbmondbewegung

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

Ort, Datum

Unterschrift