

Erklärung

Herrn/Frau _____

in Funktion als _____

für Bewohner(in) Herrn/Frau _____

geboren am _____

Hiermit werden alle Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der

Senioren-Pension Möller GmbH, Schönberger Str. 28, 23911 Ziethen,
vertreten durch die Geschäftsführerin Frau Annett Möller

befreit.

Ausschließlich die Geschäftsführerin, die Pflegedienstleitung und Pflegefachkräfte sollen berechtigt sein, sich über meinen Gesundheitszustand und die voraussichtliche Dauer meiner ambulanten bzw. stationären Behandlung zu erkundigen.

Ziethen, den _____

Unterschrift Bewohner: _____

Unterschrift Vollmachtnehmer/Betreuer: _____