

Erklärung zur Schweigepflicht und zum Datenschutz

1. Ich entbinde die Einrichtung und ihre Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht, soweit für meine Versorgung notwendige Angaben gegenüber meiner Pflegekasse, dem MDK und/oder meinem behandelnden Arzt erforderlich sind.
2. Ich entbinde meinen behandelnden Arzt gegenüber den Mitarbeitern der Einrichtung von seiner Schweigepflicht, soweit es sich um für meine Pflege erforderliche Informationen handelt.
3. Ich bin damit einverstanden, dass die zuständige Behörde (Gesundheitsamt) im Rahmen ihrer Überprüfung der Einrichtung nach dem HeimG, den Pflegezustand in Augenschein nehmen darf.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift