

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich

Nachname, Vorname: _____

Geboren am: _____

Alle Mitarbeiter des Medizinischen Zentrums für Erwachsene mit Behinderung Dresden Neustadt (MZEB) von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgender Personen, Ämter, Institutionen, Ärzten /Ärztinnen und Kliniken, sofern dies zur Erfüllung vertraglicher Aufgaben erforderlich ist:

- Gleichzeitig entbinde ich die oben benannten Personen, Ämter, Institutionen, Ärzten /Ärztinnen und Kliniken von ihrer Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitern des MZEB.

Wiederruf: Diese freiwillige Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift/ ggf. Unterschrift des gesetzl. Betreuers