

Einwilligung zur Entbindung von der Schweigepflicht / Datengeheimnis (§ 11 DSG-EKD)

Hiermit entbinde ich,

Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____

Weitere Vornamen: _____ Geburtsdatum: _____

Wohnhaft in:

Straße/Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____,

folgende Behandlungseinrichtung:

Name/Bezeichnung: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

MitarbeiterIn, wenn dies direkt auf Personen der Behandlungseinrichtung zutrifft.:

Name: _____ Vorname: _____

Titel: _____ Abteilung: _____

**von der Schweigepflicht / Datengeheimnis nach § 26 DSG-EKD, § 53 BDSG,
§ 5 KDG gegenüber dem**

Wichern.RPK Rehabilitationszentrum für psychisch kranke Menschen

Wingertstr. 5

67071 Ludwigshafen

Ort, Datum

Unterschrift

Erstellt von	Prüfung	Freigabe	Stand	Version	Dateiname/ Aktenzeichen	Seite
Datenschutzbeauftragter/ QMB	Datenschutz- beauftragter	Komm. ÄL 25.9.2019	25.9.2019 Formalanp. 21.4.22	1	Entbind_Schweigepfl_Dritter_WI_2019	1 von 1