

### Schweigepflichtentbindung

Für

Frau / Herrn \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die von den Mitarbeitern des Palliativnetz Lörrach erhobenen Daten im Bedarfsfall an Personen und Institutionen, mit denen das Team in meiner unmittelbaren Betreuung zusammenarbeitet (z.B. Ärzte, Pflegedienste, Sanitätshäuser, Apotheken und Homecare Versorger), bekannt gegeben werden dürfen.

Diese Daten unterliegen nach wie vor der Schweigepflicht und dürfen ohne Einverständnis außerhalb der genannten Bereiche nicht weitergeleitet werden.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient \_\_\_\_\_