

Bestätigung Datenschutz / Entbindungserklärung

Ich bestätige, über meine Datenschutzrechte mündlich und/oder schriftlich aufgeklärt worden zu sein.

Im Weiteren entbinde ich die Spitex sowie nachfolgend genannte Personen und Kliniken/Institutionen vom Berufsgeheimnis. Ich ermächtige die Spitex im laufenden Pflegeverhältnis persönliche Daten von mir mit folgenden Personen oder Kliniken sowie Institutionen gegenseitig auszutauschen:

(Hausarzt, Spezialarzt und Vertrauenspersonen)

— _____
— _____
— _____

Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

Klientin/Klient

Name und
Vorname _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Mitarbeitende(r) SpiteX _____

Name und
Vorname _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____