

## 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 \_\_\_\_\_