

Schweigepflichtentbindungserklärung



MEDIZINISCHE
FLÜCHTLINGSHILFE
DÜSSELDORF

Hiermit entbinde ich von der Medizinischen Flüchtlingshilfe Düsseldorf bereits bestätigte ehrenamtliche Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber (Name des Sozialberaters/Anfragenstellers) und erkläre mich damit einverstanden, dass diese die benötigten personenbezogenen Auskünfte im Rahmen ihrer Aufgaben erhalten.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw.
des Betreuers)