Erklärung zur Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht
gemäß § 203 Strafgesetzbuch
zum Anlass der Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Betrifft

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

Hiermit entbinde ich das Sozialamt und folgende Ärzte, Krankenhäuser, Rehakliniken, Psychotherapeuten, Pflegedienste und Pflegeheime gegenüber dem Gesundheitsamt Celle von der ärztlichen Schweigepflicht:

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Diese Entbindung gilt ausschließlich für die Mitarbeiter/innen des Amtsärztlichen Dienst, Gesundheitsamt des LK Celle, im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gilt nur im Rahmen des oben genannten Anlasses und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift

_____
ggf. Unterschrift gesetzlicher Vertreter