

Schweigepflichtentbindungserklärung

Angaben der Person:

Vorname, Name: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum, Ort: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit entbinde ich den Pflegedienst _____,

von ihrer Schweigepflicht gegenüber der

SMB Multiservices UG
(haftungsbeschränkt)
Bischofstr. 18
D-01877 Bischofswerda
IK 461434745

Die Schweigepflichtentbindung erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Durchführung der „haushaltsnahen Dienstleistungen“ in meinem Haushalt.

Die Schweigepflichtentbindung ist bis zu meinem Widerruf gültig.

Ort, Datum

Unterschrift der Pflegebedürftige Person / bevollmächtigte Person