

### Entbindung von der Schweigepflicht für den ambulanten Pflegedienst

Der/die Unterzeichnende erklärt sich damit einverstanden, dass folgende bei ihm/ihr eingesetzten Therapeuten Einsicht in die Pflegedokumentation nehmen dürfen und Eintragungen im Pflegebericht durchführen dürfen:

Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_

Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_

Krankengymnast\*in: \_\_\_\_\_

Logopäd\*in: \_\_\_\_\_

Ergotherapeut\*in: \_\_\_\_\_

Weitere: (Name, Berufsbezeichnung) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diese Einwilligung kann jederzeit komplett oder für einzelne Therapeuten mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort/Datum

Unterschrift der/des Betroffenen