

Name:

Anschrift:

Telefon:

Einverständnis- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Krankenhausaufsicht des Landesamtes für Gesundheit und Soziales Berlin bei dem Krankenhaus

und den dort behandelnden Ärzt*innen, Pflegekräften und Therapeut*innen für die Zeit

meines Krankenhausaufenthaltes

des Krankenhausaufenthaltes meines Kindes

geb. am

des Krankenhausaufenthaltes der von mir rechtlich betreuten Person

vom

bis

die notwendigen Auskünfte und Unterlagen anfordern kann und die beteiligten Ärzt*innen, Pflegekräfte und Therapeut*innen im Zusammenhang mit dieser Anforderung von meiner Beschwerde Kenntnis erhalten.

Ich genehmige ausdrücklich die Verwertung der Auskünfte und Unterlagen in diesem Beschwerdeverfahren und entbinde die beteiligten Personen und Stellen insoweit von Ihrer Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift
