

## Schweigepflichtentbindung für ein Beschwerdeverfahren

Beschwerden können auch von Angehörigen oder Freunden und Bekannten von Patientinnen und Patienten eingereicht werden. Diese Beschwerden können nur bearbeitet und gegenüber diesen Personen beantwortet werden, wenn die Patientin oder der Patient die Klinik von der Schweigepflicht gegenüber diesen Personen entbinden.

Wünschen Sie als Patientin oder Patient, dass die von Ihnen genannte Person Auskünfte zum Beschwerdeanliegen erhält, erteilen Sie bitte die nachfolgende Einwilligung.

Ich (Patientin/Patient)

\_\_\_\_\_

(Nachname, Vorname)

\_\_\_\_\_

(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_

(Anschrift)

bin damit einverstanden, dass die nachfolgend genannte Person

\_\_\_\_\_

(Nachname, Vorname)

\_\_\_\_\_

(Anschrift)

umfänglich Auskunft zu den Inhalten der Beschwerdebearbeitung erhält. Mir ist bekannt, dass die Inhalte auch Angaben zu meinem Gesundheitszustand und allen sonstigen bei der Klinik gespeicherten Daten umfassen können.

### **Widerrufsbelehrung**

Ich wurde darüber belehrt, dass ich die erteilte Schweigepflichtentbindung jederzeit durch schriftliche Erklärung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Durch den Widerruf wird die bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung der Beschwerde, deren Rechtmäßigkeit eine Schweigepflichtentbindung zugrunde lag, nicht berührt. Der Widerruf hat gegenüber der Gesundheit Nord gGmbH, GB Qualitätsmanagement/ Risikomanagement, Kurfürstenallee 130, 28211 Bremen zu erfolgen.

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Patientin/Patient