



Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten und Pflegenden gegenüber den zuständigen Mitarbeitenden, der LIV – Standorte und Teams: _____

von ihrem Berufsgeheimnis und ermächtige sie, die genannte Person vollständig, über meinen Gesundheitszustand und die notwendigen Behandlungen zu informieren.

Zudem gewähre ich den zuständigen Mitarbeitenden der Wohngruppe bei einem stationären Aufenthalt ein unbeschränktes Besuchsrecht.

Diese Erklärung gilt während der Dauer des Aufenthaltsvertrages

Name, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Strasse, Nr.	_____
PLZ, Ort	_____

Ort, Datum	Unterschrift, der erklärenden Person
------------	--------------------------------------

Gesetzliche Vertretung

Name, Vorname	_____
Strasse, Nr.	_____
PLZ, Ort	_____

Ort, Datum	Unterschrift, gesetzliche Vertretung
------------	--------------------------------------