



# Schweigepflicht-Entbindungserklärung

## Bewohnerin/ Bewohner

Name

Vorname

.....

Geb. datum

Heimatort

.....

Die Bewohnerin/ der Bewohner oder die vertretungsberechtigte Person entbindet hiermit folgende Stellen, Institutionen und/ oder Personen von der Schweigepflicht:

Ärztinnen  
Ärzte

Pflegepersonal zuweisender Spitäler und  
Kliniken

Angehörige

Sozialdienste (Beiständin/ Beistand)

Behörden  
(Polizei, Gemeindeverwaltungen, etc.)

Krankenversicherer

## Personen, die von der Schweigepflicht entbinden können:

### Bewohnerin/ Bewohner

Datum/ Unterschrift

.....

### Weitere Person, die von der Schweigepflicht entbinden kann (z.B. Angehörige oder Beiständin/ Beistand):

Name

Vorname

.....

Adresse

.....

Verwandtschaftsgrad/ Funktion

Datum/ Unterschrift

.....

### Entbindung gegenüber folgender Person:

Name

Vorname

.....

Adresse

.....

Verwandtschaftsgrad/ Funktion

Datum/ Unterschrift

.....