

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht im Rahmen der
Krankenhausaufsicht nach § 11 Krankenhausgestaltungsgesetz
NRW (KHGG NRW)

Hiermit entbinde ich, _____ geb.: _____,
die behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht

bezüglich aller erforderlichen Angaben meines Aufenthalts/meiner Aufenthalte
im (Krankenhaus)
in der Zeit vom _____ bis _____ betreffend

bezüglich aller erforderlichen Angaben des Aufenthalts/der Aufenthalte
(bitte auswählen)

Name des Kindes: _____ geb.: _____
im (Krankenhaus)
in der Zeit vom _____ bis _____ betreffend.

bezüglich aller erforderlichen Angaben den Aufenthalt/den Aufenthalten von
(betroffene Person): _____ geb.: _____
im (Krankenhaus)
in der Zeit vom _____ bis _____ betreffend.

(In diesem Fall reichen Sie bitte auch die entsprechende Vollmacht ein.)

Diese Entbindung gilt gegenüber allen Behörden, die mit der Rechtsaufsicht über
Krankenhäuser/Privatkliniken befasst sind.

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist freiwillig und kann jederzeit
widerrufen werden. Die erhobenen Daten dienen in diesem Fall ausschließlich der
Bearbeitung der Beschwerde über die o.g. Klinik. Die Akten werden nach zehn
Jahren gelöscht.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bitte ausgefüllt (zurück)senden
an:

Bezirksregierung Arnsberg
Dezernat 24
-Krankenhausaufsicht-
Seibertzstr. 1
59821 Arnsberg

oder per E-Mail an:

kh-aufsicht@bra.nrw.de