

Entbindung vom Arztgeheimnis

Name:

Ich anerkenne die Bedingungen des Heimreglementes und die aktuelle Taxordnung und ermächtige meinen Hausarzt,

Name und Adresse Hausarzt:

der Heimleitung oder der Betriebskommission des Alters- und Pflegeheimes Furttal in Regensdorf alle gewünschten Auskünfte über meine Person und meinen Gesundheitszustand, welche in direktem Zusammenhang mit dem Eintritt in das Alters- und Pflegeheim stehen, zu erteilen.

In diesem Sinne entbinde ich den oben genannten Arzt vom Arztgeheimnis.

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____