

Pflegestützpunkt Starnberg  
 Moosstraße 18b  
 82319 Starnberg  
 Telefon: 08151 148-77733  
 E-Mail: [pflegestuetspunkt@LRA-starnberg.de](mailto:pflegestuetspunkt@LRA-starnberg.de)

## Persönliche Erklärung zur Schweigepflichtentbindung

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		

### Ggf. bevollmächtigte Person

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

**Ich entbinde die in der nachfolgenden Liste benannten, Personen, Behörden und/oder Institutionen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem o.g. Pflegestützpunkt. Die Schweigepflichtentbindung erfolgt ausschließlich zum Zweck der Beratung und Unterstützung durch den Pflegestützpunkt gemäß § 7c Abs. 2 SGB XI.**

**Thema/Angelegenheit:**.....

### Angabe Personen, Behörden und/oder Institutionen (Ärzten/innen bitte namentlich angeben)


**Ich kann diese Schweigepflichtentbindung jederzeit schriftlich beschränken oder widerrufen. Übermittlungen, die bis zum Zeitpunkt meines Widerrufs getätigt wurden, bleiben davon unberührt. Meine Widerrufserklärung kann ich an den oben genannten Pflegestützpunkt richten.**

**Eine Kopie habe ich erhalten**

Ort	Datum	Unterschrift der/des Pflegebedürftigen/bevollmächtigten Person
-----	-------	--