
Schweigepflichtentbindung – Mustermann, Max

Schweigepflichtentbindung

Ich, **Herr Mustermann, Max**, geb. 03.04.1948, wohnhaft Musterweg 5, 12345 Musterstadt,

entbinde hiermit **Muster Alltagsbegleitung GmbH** von der ärztlichen und pflegerischen Schweigepflicht gegenüber:

- Behandelnde Ärzte und Facharzt-Praxen
- Pflegekasse (Vers.-Nr.: A123456789)
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)
- Betreuungsgericht (soweit rechtlich relevant)

Zweck

Die Entbindung dient ausschließlich der Koordination und Abrechnung der in Anspruch genommenen Pflegeleistungen.

Widerruf

Diese Entbindung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum: _____, den 11.07.2026

Unterschrift: _____