

Antragsteller/Bevollmächtigter: _____

Anschrift: _____

Landkreis Oldenburg
Amt 50 - Hilfe zur Pflege
Postfach 14 64
27781 Wildeshausen

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass der Landkreis Oldenburg über mich/meine Betreute/meinen Betreuten

(Antragsteller, Geburtsdatum)

Auskünfte und medizinische Unterlagen zur Feststellung des pflegerischen Bedarfs einholen darf.

Die daran beteiligten Ärzte und anderen Personen werden von der ärztlichen bzw. beruflichen Schweigepflicht entbunden.

Ort, Datum

Unterschrift