

Hinweis

Bitte lassen Sie die „Entbindung von der Schweigepflicht“ von Ihrem Gast vorsorglich ausfüllen und unterschreiben, damit Sie uns diese bei Bedarf zur Verfügung stellen können.

ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit befreie ich

Vorname:

Zuname:

geboren am:

geboren in:

Ärzte, Krankenhäuser und –anstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden, die mich – auch in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung – untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht, soweit die Kenntnis der Daten für die Bearbeitung und anschließende Beurteilung über den vorliegenden Antrag beim Ausländeramt des Rhein-Sieg-Kreises erforderlich ist. Die Befreiung gilt auch über den Tod hinaus. Ich ermächtige diese Personen/Stellen, dem Ausländeramt des Rhein-Sieg-Kreises die erforderlichen Auskünfte, insbesondere zu Behandlungs- und Gesundheitsdaten zu erteilen.

Eine Datenerhebung bei den oben genannten Personen/Stellen erfolgt erst, nachdem das Ausländeramt mich hiervon unterrichtet hat. Ich habe das Recht, der Datenerhebung insgesamt bzw. einzelner Personen/Stellen zu widersprechen. Ich bin mir bewusst, dass das Ausländeramt des Rhein-Sieg-Kreises sich aufgrund der Untersagung das Recht vorbehält, den Antrag negativ zu bescheiden.

Eine Kopie der abgegebenen Erklärung wurde mir ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift des Gastes