IBB-Stelle im Landkreis Ludwigsburg
Königsallee 59/2
71638 Ludwigsburg
IBB-Psychiatrie@Landkreis-Ludwigsburg.de

Kontaktformular

Für eine Information, Beratung oder Beschwerde
Name, Vorname

_____
Telefon, Handy

_____
Email

_____
An die Mitglieder der IBB-Stelle im Landkreis Ludwigsburg
An die Patientenfürsprecherin
Anfragebestand oder Beschreibung des Bestands der Beschwerde
(Personen/Einrichtungen/Institutionen)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Schweigepflichtentbindung
Ich entbinde die Ärzte bzw. die Behandler, die mich behandeln oder früher behandelt haben von ihrer Schweigepflicht, soweit es um die Bearbeitung des oben beschriebenen Sachverhalts geht. Im gleichen Umfang entbinde ich die anderen oben aufgeführten Personen von einer eventuellen Pflicht zur Verschwiegenheit. Ich bin damit einverstanden, dass die Mitglieder der IBB-Stelle im Landkreis Ludwigsburg mit beteiligten Ärzten, mit Angehörigen des Pflegepersonals oder der sozialen Dienste oder sonstigen Personen sprechen, soweit dies zur Klärung oder Abhilfe des Bestands der Anfrage oder Beschwerde notwendig ist.
Ich bin damit einverstanden, dass meine oben beschriebene Anfrage oder Beschwerde per E-mail an die betroffenen Stellen oder Personen übermittelt wird.

_____
Datum/Unterschrift