

Entbindung von der Schweigepflicht

Schweigepflichtentbindung

Zur Durchführung der Therapie aufgrund der Verordnung vom

_____ und zur reibungslosen Kommunikation entbinde ich

Name des Patienten / Erziehungsberechtigten bzw. gesetzlichen Vertreters

Anschrift, Geburtsdatum

die von mir namentlich benannten Personen / Stellen und rechts genannte Praxis untereinander von ihrer Schweigepflicht und bin insoweit damit einverstanden, dass diese Personen / Stellen, wie nachfolgend beschrieben, Daten untereinander austauschen.

Name der Personen (z.B. Ärzte, Lehrer, Erzieher, Therapeuten) / Stellen, Anschrift

Name der Personen (z.B. Ärzte, Lehrer, Erzieher, Therapeuten) / Stellen, Anschrift

Name der Personen (z.B. Ärzte, Lehrer, Erzieher, Therapeuten) / Stellen, Anschrift

Die Schweigepflichtentbindung dient dem Zwecke der interdisziplinären Kommunikation. Mir ist bekannt, dass im Rahmen dieser Schweigepflichtentbindung Daten über meine Person sowie die für meine Behandlung notwendigen medizinischen Daten (bspw. Befunde, Verlaufsdokumente und Behandlungsberichte) übermittelt und ausgetauscht werden.

Die Schweigepflichtentbindung gilt bis auf weiteres und erlischt spätestens zum Ende der Therapieserie. Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle. Eine Verweigerung kann Einschränkungen bei meiner Therapie zur Folge haben. Ich habe davon Kenntnis, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei der rechts genannten Praxis zu erfolgen.

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten /
gesetzlichen Vertreters

PRAXIS FÜR
ERGOTHERAPIE



MARTINA MITTRUP
STAATL. GEPR.
ERGOTHERAPEUTIN

LENA – CHRIST – STR. 2B
85625 GLONN
TEL 08093 – 90 22 55
ergotherapie-mmittrup@gmx.de