



Schweigepflichtsentbindung

Zur Durchführung der Therapie aufgrund
der Verordnung vom: _____

und zur reibungslosen Kommunikation entbinde ich

(Name, Vorname, Erziehungsberechtigter bzw. gesetzlicher Vertreter, Geb.-Datum)

Anschrift: _____

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

	Name des Arztes/ Thera- peuten u./o. Angehörigen	Anschrift des Arztes/ Therapeuten und/ oder Angehörigen	Hand- Zeichen
1.			
2.			
3.			
4.			

Die Schweigepflichtsentbindung dient dem Zwecke der interdisziplinären Kommunikation.
Mir ist bekannt, dass im Rahmen dieser Schweigepflichtsentbindung Daten über meine
Person sowie die für meine Behandlung notwendigen medizinischen Daten (z. B. Befunde,
Verlaufsdokumentation und Behandlungsberichte) übermittelt und ausgetauscht werden.
Die Schweigepflichtsentbindung 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 Angabe von
Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei der o. g.
Praxis zu erfolgen.

Ort/ Datum

Unterschrift des Patienten/
gesetzlichen Vertreters