

THERAPIEZENTRUM



NICOLE
HEUWIESER

Schweigepflichtentbindung

Zur Durchführung der Therapie aufgrund der Verordnung vom und zur reibungslosen Kommunikation entbinde ich

Name des Patienten/Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertreters Anschrift | Geburtsdatum

Datum

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

Name der Person, Anschrift

Name der Person, Anschrift

Name der Person, Anschrift

Name der Person, 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, Verlaufsdokumentationen 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 Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei der oben genannten Praxis zu erfolgen.

Ort Datum Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters

° Ich möchte von der Schweigepflichtentbindung keinen Gebrauch machen

Ort Datum Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters