

Schweigepflichtentbindung

Zur Durchführung der Therapie aufgrund der Verordnung vom

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

und zur reibungslosen Kommunikation entbinde ich



Physiotherapie
Schneider-Weiß
Amrastraße 46,
99817 Eisenach
Tel.: 03691 610545

Name des Patienten/ Erziehungsberechtigten/ gesetzlichen Vertreters

Anschrift

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

Name der Personen/ Stellen, Anschrift

Die Schweigepflichtentbindung dient dem Zweck der interdisziplinären Kommunikation. Mir ist bekannt, dass im Rahmen dieser Schweigepflichtentbindung Daten über meine Person sowie die für meine Behandlung notwendigen Daten 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 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 oben genannten Praxis zu erfolgen.

Ort

Datum

Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigten/ gesetzlichen Vertreters