

Schweigepflichtentbindung

Praxisstempel

Zur Durchführung der Therapie in der Praxis
„das Therapiehaus“ und zur reibungslosen
Kommunikation entbinde ich

Name des Patienten | Erziehungsberechtigten | gesetzlicher Vertreter

Anschrift

die nachstehend von mir namentlich benannten Personen / Stellen 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, Therapeuten | Stellen, Anschrift

Therapeuten im „das Therapiehaus“, aktuell behandelnde Ärzte (streichen falls nicht erwünscht)

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

_____, den

Unterschrift Patient | Erziehungsberechtigter | gesetzlicher Vertreter