



Entbindung der Schweigepflicht

Klient:in: _____
Name, Vorname *Adresse* *Geburtsdatum*

Ich bin damit einverstanden, dass meine personen- und behandlungsbezogene Daten gespeichert und zweckgebunden genutzt werden. Es werden keine Daten und Informationen, ohne meine Erlaubnis, an unbefugte Dritte weitergegeben. Eine Weitergabe von personen-/ und behandlungsbezogene Daten erfolgt nur an die verordnende Ärztin / den verordnenden Arzt, abrechnungsbezogene Daten nur an die Krankenkasse oder das Abrechnungszentrum (DVE).

Hiermit entbinde Ich folgende Mitarbeiter:in der Praxis Ergotherapie am Küchengarten

Name der Mitarbeiter:in und Stempel der Praxis

Von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgender Einrichtung / Stelle / Person:

Einrichtung/Stelle/Person mit Name/Adresse

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Daten, Unterlagen, Schriftstücke an die o.g. Person übermittelt werden:

z.B. Bericht, Testergebnisse, Diagnostik

Die übermittelten Daten dürfen für folgenden Zweck(e) weitergegeben werden:

Beratung, fachlicher Austausch, Weiterbehandlung in einer anderen Praxis, andere Gründe

Die Schweigepflichtsentbindung ist bis zum folgenden Datum gültig: _____

Jedoch spätestens mit Beendigung der aktuellen Verordnung vom: _____

Widerruf

Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtsentbindung jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift