



Schweigepflichtsentbindung

Angaben zum Patienten:

Name: _____ Geb.: _____

Datenschutz-Information

Zu einer umfassenden Behandlung gehört unter Umständen der Informations-Austausch mit anderen Personen/Institutionen wie Lehrern, Ergotherapeuten, Jugendämtern u.a. Für diesen Informations-Austausch gelten die gesetzlichen Datenschutz-Vorschriften und die Ihnen bekannten Datenschutz-Informationen unserer Praxis.

Sofern Sie diesen Informations-Austausch wünschen, tragen Sie bitte in dieser Schweigepflichtsentbindung die Kontaktdaten der jeweiligen Personen/Institutionen ein und bringen Sie das Formular mit in die Praxis.

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich/entbinden wir die Ärzte und Therapeuten der Praxis Dr. Michael und folgende Personen wechselseitig von der Schweigepflicht bezüglich des o.g. Patienten zum Zweck der Behandlung des Patienten in der Praxis Dr. Claudia Michael:

1. _____
2. _____
3. _____

Datum

Unterschrift 1. Sorgeberechtigter
(oder volljähriger Patient)

Datum

Unterschrift 2. Sorgeberechtigter