



## Entbindung der Schweigepflicht

---

Klient:in, Name, Adresse

Hiermit entbinde ich folgende Mitarbeiter:in(nen) der Praxis Ergotherapie am Hafen

---

*Name der Mitarbeiter:in(nen)*

von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgender Einrichtung/Person:

---

*Einrichtung/Person*

Ich bin damit einverstanden, dass Unterlagen, Schriftstücke an die Ergotherapie am Hafen GbR übermittelt werden:

---

*z.B. Bericht, Testergebnisse, Diagnostik*

Die übermittelten Daten dürfen nur für die Beratung, den fachlichen Austausch und/oder die Weiterbehandlung in einer anderen Praxis verwendet werden.

Die Schweigepflichtsentbindung ist gültig bis zum Ende der therapeutischen Behandlung in der Ergotherapie am Hafen.

**Widerruf:** Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtsentbindung jederzeit widerrufen kann (mit Wirkung auf die Zukunft).

---

*Ort, Datum*

---

*Unterschrift*

