

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 fachlicher 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

