

Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich die/den

☐ PhysiotherapeutIn

☐ ErgotherapeutIn

☐ Logopädin

Vor- & Nachname der/des TherapeutIn
der LichterSchatten – Therapiezentrum GmbH, Wittestraße 30P, 13509 Berlin

von ihrer/seiner Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass diese(r) gegenüber:

1: Namentl. Nennung konkreter Person (z.B. ÄrztIn, ErzieherIn) gegenüber der von der Schweigepflicht entbunden wird - **keine allg. Personengruppen!**

die erforderlichen Auskünfte im Zusammenhang mit:

2: Thema zu dem von der Schweigepflicht entbunden wird (z.B. Diagnose, Therapieplan, Behandlungsübungen)

erteilt. Ebenfalls bin ich ausdrücklich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten – soweit zu diesem Zweck notwendig – an:

Optional

3: Namentl. Nennung konkreter Person (z.B. ÄrztIn, ErzieherIn) der Gesundheitsdaten (z.B. Behandlungsplan, Röntgenaufnahmen) übersandt werden
Wiederholen, auch wenn gleiche Person(en) wie Zeile 1

weitergeleitet werden. Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift PatientIn

Nachname, Vorname PatientIn

Geburtsdatum PatientIn

Anschrift PatientIn

Bei Kindern & Minderjährigen bitte umseitig ausfüllen!

Seite 1/2

bei Kindern & Minderjährigen

Achtung: Diese Erklärung **muss von beiden Elternteilen ausgefüllt und unterschrieben werden**, wenn Sie ein gemeinsames/ geteiltes Sorgerecht besitzen – egal ob sie zusammen oder getrennt wohnen.

Elternteil 1

Nachname, Vorname Elternteil 1

Geburtsdatum Elternteil 1

Anschrift Elternteil 1

☐ Anschrift entspricht der Anschrift des Kindes „PatientIn“ S.1

Ort, Datum

Unterschrift Elternteil 1

Elternteil 2

Nachname, Vorname Elternteil 2

Geburtsdatum Elternteil 2

Anschrift Elternteil 2

☐ Anschrift entspricht der Anschrift des Kindes „PatientIn“ S.1

☐ Anschrift entspricht der Anschrift des Elternteil 1

Ort, Datum

Unterschrift Elternteil 2

☐ **Alleiniges Sorgerecht**

(Sollten Sie das alleinige Sorgerecht - auch in Bezug auf die Gesundheitssorge - für Ihr minderjähriges Kind besitzen, fügen Sie diesem Schreiben bitte einen entsprechenden Nachweis bei.)