

Entbindung von der Schweigepflicht

Patient/in:

.....
Vor- und Nachname, Geburtsdatum

Sorgeberechtigte/r:

.....
Vor- und Nachname, Geburtsdatum

Der/die Unterzeichner/in entbindet

.....
(Name des Therapeuten/der Therapeutin)

und

.....
(Name der zu entbindenden Person bzw. Stelle/Einrichtung)

wechselseitig von ihrer Schweigepflicht und gestatte/n den Austausch von Informationen und Daten (inklusive Arztbriefen und Berichten) bezüglich der Person des/der Patient/in.

Dem/der Unterzeichner/in ist bekannt, dass diese Erklärung freiwillig ist und eine nicht-abgegebene Erklärung keine Nachteile für das Behandlungsverhältnis nach sich zieht. Ein Widerruf dieser Erklärung ist jederzeit mündlich oder schriftlich ohne Angaben von Gründen für die Zukunft möglich. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit des bis zum Zeitpunkt des Widerrufs auf Grund dieser Erklärung erfolgten Informationsaustausches nicht berührt.

.....
Ort, Datum, Unterschrift