

Ergotherapie & Handtherapie
 Andreas Hofmann
 Röderstr. 6
 90518 Altdorf



Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Klient Name / Vorname:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Geburtsdatum:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
------------------------	--	---------------	--

Klient Adresse:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Telefon:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
-----------------	--	----------	--

Personenberechtigter Name / Vorname:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Geburtsdatum:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
--------------------------------------	--	---------------	--

Personenberechtigter Adresse:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Telefon:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
-------------------------------	--	----------	--

Erziehungsberechtigter Name / Vorname:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Geburtsdatum:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
--	--	---------------	--

Erziehungsberechtigter Adresse:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Telefon:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
---------------------------------	--	----------	--

Ich bin damit einverstanden, dass meine personen- / und behandlungsbezogenen Daten gespeichert und zweckgebunden genutzt werden. Es werden keine Daten und Informationen, ohne meine Erlaubnis, an unbefugte Dritte weitergegeben. Eine Weitergabe von personen- / und behandlungsbezogenen Daten erfolgt nur an den **verordnenden** Arzt, abrechnungsbezogene nur an die Krankenkasse oder das Abrechnungszentrum.

1. **Ich entbinde die Praxis ERGOTHERAPIE & HANDTHERAPIE ANDREAS HOFMANN von der Schweigepflicht für den zweiseitigen mündlichen oder schriftlichen Informationsaustausch!**

2. **Ich bin einverstanden, dass Unterlagen und Schriftstücke für folgende Zwecke weitergegeben werden dürfen:** (nicht zutreffendes bitte streichen)

- ✓ Für den Informationsaustausch zwischen Ihrem behandelnden Arzt (Aussteller der VO für Ergotherapie)
- ✓ Informationsaustausch mit Ihren Angehörigen.....
- ✓ Für die Ärztin / Arzt bzw. Therapeutin.....
- ✓ Für den Kindergarten / Schule.....
- ✓ Für das Jugendamt.....
- ✓ Sonstige / Andere Gründe / Personen.....

3. **Widerruf**

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort / Datum:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Unterschrift:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
--------------	--	---------------	--