

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Ich / Wir entbinde(n) die Mitarbeiter\*innen des ZENTRUM FÜR THERAPIE & REHA von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber den unten genannten Stellen, soweit dies zur Durchführung, Koordination und Qualitätssicherung der Behandlung erforderlich ist. Die Entbindung umfasst insbesondere den Austausch von gesundheitsbezogenen Daten wie Befunden, Diagnosen, Therapieverlauf und Behandlungsplanung. Der Informationsaustausch kann mündlich oder schriftlich erfolgen.

### PAT.-ANGABEN

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

### INFORMATIONSAUSTAUSCH MIT (bitte ankreuzen und ggf. ergänzen)

Therapeut\*in. \_\_\_\_\_

Ärztin / Arzt \_\_\_\_\_

Kindergarten \_\_\_\_\_

Schule \_\_\_\_\_

Sonstige \_\_\_\_\_

### Folgende Themen sollen vom Informationsaustausch ausgeschlossen sein:

\_\_\_\_\_

Diese Schweigepflichtentbindung erfolgt freiwillig. Sie gilt für die Dauer des Behandlungsverhältnisses und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Rechtsgrundlage der Datenübermittlung ist Art. 6 Abs. 1 lit. a sowie Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigte/r)