

Schweigepflichtentbindung

Zur Durchführung der Therapie aufgrund der Verordnung vom:

und zur reibungslosen Kommunikation entbinde ich

Name des Patienten | Erziehungsberechtigten | gesetzlichen Vertreters

Adresse

die nachstehend von mir namentlich benannten Personen/Stellen untereinander von ihrer Schweigepflicht und bin insoweit damit einverstanden, dass diese Personen/Stellen wie nachfolgend beschrieben, Daten untereinander auszutauschen.

NOVENTI HealthCare GmbH
SOVDWAER GmbH

Hausarzt/Facharzt, Therapeut, Lehrer, etc. (Namen bitte unten gesondert angeben)

Namen des Arztes, Therapeuten, Lehrer, etc.

Namen des Arztes, Therapeuten, Lehrer, etc.

Namen des Arztes, Therapeuten, Lehrer, etc.

Die Schweigepflichtentbindung dient dem Zwecke der interdisziplinären Kommunikation. Mir ist bekannt, dass im Rahmen dieser Schweigepflichtentbindung Daten über meine Person sowie die für meine Behandlung notwendigen medizinischen Daten (z.B. Befunde, Verlaufsdokumentationen und Behandlungsberichte) übermittelt und ausgetauscht werden.

Die Schweigepflichtentbindung gilt bis auf Weiteres und erlischt spätestens zum Ende der Therapieserie. Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle. Eine Verweigerung kann Einschränkungen bei meiner Therapie zur Folge haben. Ich habe davon Kenntnis, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei der oben genannten Praxis zu erfolgen.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten | Erziehungsberechtigten | gesetzlichen Vertreters

Wallrafplatz 9
50667 Köln

T 0221 25 77 4 77
F 0221 25 89 93 97
E kontakt@physiotherapie-grueter.de

IBAN: DE70 3708 0040 0429 0422 00
BIC: DRESDEFFXXX
Commerzbank AG Köln