



Logotastisch
PRAXIS FÜR LOGOPÄDIE

Schweigepflichtsentbindung

Logotastisch – Praxis für Logopädie
Johann-Auer-Straße 4
85435 Erding

Einwilligung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Patient/in

Name: _____

Geburtsdatum: _____

****Bei Minderjährigen:****

Name(n) der Sorgeberechtigten:

Hiermit entbinde ich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
_____ der

Logotastisch – Praxis für Logopädie
Johann-Auer-Straße 4
85435 Erding

von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgender Person / Einrichtung:

Die Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt zum Zweck des fachlichen Austauschs im Zusammenhang mit der logopädischen Diagnostik, Therapie und Förderung der oben genannten Patientin / des oben genannten Patienten.

Sie umfasst die Weitergabe sowie den Empfang von Informationen, Befunden, Berichten und sonstigen therapeutisch relevanten Beobachtungen, soweit diese für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Behandlung erforderlich sind.

Mir / Uns ist bekannt, dass:

- * diese Einwilligung freiwillig erfolgt,
- * die übermittelten Informationen vertraulich behandelt werden,
- * diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden kann,
- * ein Widerruf die bis dahin erfolgte Datenverarbeitung nicht berührt.

Diese Schweigepflichtsentbindung gilt:

für die Dauer der Behandlung

bis zum: _____

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/in (bei Volljährigkeit)

Unterschrift Sorgeberechtigte/r
