



## Schweigepflichtsentbindung

Vorname, Name: \_\_\_\_\_ Gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Kontaktdaten: \_\_\_\_\_

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

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Therapeut/-in: \_\_\_\_\_

Mit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten und der zweckgebundenen Nutzung, bin ich einverstanden.

Eine Weitergabe von Informationen und Daten erfolgt nur an den verordnenden Arzt, die Krankenkasse oder das Abrechnungszentrum.

Ich entbinde die Therapiepraxis Kubica von Ihrer Schweigepflicht, wenn dies der Behandlungszweck erfordert. An folgende Stellen dürfen Informationen weitergegeben und ausgetauscht werden:

Name:

Fachrichtung/Einrichtung:

Anschrift:

Zweck:

Name:

Fachrichtung/Einrichtung:

Anschrift:

Zweck:

Es werden keine Daten und Informationen an unbefugte Dritte weitergegeben.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis mit Wirkung für die Zukunft oder teilweise widerrufen kann. Dies ist bei Ihrem Therapeuten oder über [kontakt@therapie-melle.de](mailto:kontakt@therapie-melle.de) möglich. Praktikanten, Hospitanten und Auszubildenden wurden auf das Datengeheimnis sowie die berufsständische Schweigepflicht verpflichtet.

---

Datum

Unterschrift Klient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter