

Einverständniserklärung



Entbindung von der Schweigepflicht und Erlaubnis der Weitergabe von Daten

Patientendaten	
Name Patient/Patientin	Geburtsdatum

Hiermit entbinde ich die mich behandelnde Therapeutin Frau Andrea Heinz-Schlüter der Praxis **zei(t)raum Yoga & Physiotherapie** sowie die mich behandelnden Ärzte* von ihrer Schweigepflicht gegenüber meinen behandelnden Ärzten bzw. den behandelnden Therapeuten.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Therapeutin bzw. die Ärzte Auskünfte – mündlich oder schriftlich – über die physiotherapeutische bzw. ärztliche Behandlung/Diagnostik und über meinen Gesundheitszustand einholen bzw. erteilen dürfen.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass alle zum Zwecke der Behandlung erhobenen personenbezogenen Daten an die verordnenden Ärzte bzw. die behandelnde Therapeutin auch per Telefax oder per E-Mail weitergegeben werden dürfen.

Diese Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

*Der in der jeweiligen kassen- oder privatärztlichen Heilmittelverordnung ausgewiesene Arzt oder anderweitig von mir genannte Ärzte.

Eine Abschrift meiner Erklärung habe ich erhalten.	
Ort, Datum	Unterschrift Patient