

ERKLÄRUNG ZUR ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

1. PATIENTEN-/ KLIENTENDATEN

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

2. ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Ich entbinde die Ergotherapeutin der mobilen Praxis ergonatur hiermit ausdrücklich von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB gegenüber den nachfolgend angekreuzten Personen, Stellen und Institutionen. Gleichzeitig ermächtige ich die genannten Stellen, der Praxis ergonatur Auskünfte zu erteilen sowie befund- und behandlungsrelevante Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Der Informations- und Datenaustausch betrifft folgende Personen / Stellen:

- ☐ **Behandelnde Ärzte / Ärztinnen:** (z. B. Hausarzt, Pädiater, Neurologe, Orthopäde)
- ☐ **Einrichtungen & Interdisziplinäre Partner:** (z. B. Kindergarten, Schule, Frühförderstelle, Pflegeheim)
- ☐ **Weitere Therapeuten / Therapeutinnen:** (z. B. Logopädie, Physiotherapie, Psychotherapie)
- ☐ **Kostenträger & Leistungsträger:** (z. B. Private Krankenversicherung, Beihilfestelle, Eingliederungshilfe)
- ☐ **Angehörige / Bevollmächtigte Person(en):** _____

3. UMFANG UND ZWECK DER ENTBINDUNG

Die Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt ausschließlich zum Zweck der optimalen ergotherapeutischen Befunderhebung, Behandlungsplanung, Abstimmung des Therapiekonzepts sowie zur interdisziplinären Zusammenarbeit im Interesse der Patientin / des Patienten:

- Übermittlung von ergotherapeutischen Befundberichten, Therapieberichten und Verlaufsdokumentationen.
- Mündlicher und schriftlicher Austausch über den aktuellen Behandlungsstand, Behandlungsziele und Therapieempfehlungen.
- Einsichtnahme in relevante medizinische oder pädagogische Vorbefunde und Berichte.

4. GÜLTIGKEIT UND WIDERRUFSRECHT

Diese Erklärung ist ab dem Datum der Unterzeichnung für die Dauer der ergotherapeutischen Behandlung gültig. Sie kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenübermittlung nicht berührt.

Hinweis zum Datenschutz: Die Verarbeitung und Übermittlung der Daten erfolgt gemäß den gesetzlichen Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG).

Ort, Datum: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in bzw. Gesetzliche/r Vertreter/in

Unterschrift Therapeutin (ergonatur)