Logopädie Aachen
Georg Hilfrich & Team

ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Ich, Frau/Herr

.....

geboren am ....., wohnhaft in……..

.....

entbinde die Mitarbeiter der logopädischen Praxis Hilfrich von der ihr/ihm obliegenden gesetzlichen Schweigepflicht des § 203 Strafgesetzbuch (StGB) durch Einwilligung.

Hiermit willige ich ein, dass die Praxis Hilfrich zum Zwecke der

☐ Abrechnung

☐ Nachbehandlung/Weiterbehandlung

☐ Erstellung eines Arztbriefes/gutachterlichen Stellungnahme

☐ Sonstiges (z.B. interdisziplinären Austausch, Super- und Intervision, Praxisveräußerung):

die folgenden Daten/Befunde/Erklärungen:

☐ persönliche Daten (z.B. Name, Geburtsdatum, Adresse)

☐ Diagnose

☐ Behandlungsstand/Behandlungsverlauf/ prognostische Einschätzung

ab dem……(Datum) an folgende Personen/Institution weiterleitet:

1. .....

2. .....

3. .....

4. .....

5. .....

Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle o.g. Befunde und Erklärungen, die ich dem Logopäden bzw. der Logopädin gegenüber anvertraut habe. Diese Entbindungserklärung kann ich jederzeit schriftlich für die Zukunft zurücknehmen.

Ort, den .... (Unterschrift)