

Praxis für Physiotherapie Ute Laube – Fouad

Permoserstr. 2
04347 LEIPZIG
Deutschland

Tel: 0341-2412585, Fax: 0341-2303621, E-Mail: ute.laube@t-online.de

Einverständniserklärung

Entbindung von der Schweigepflicht und Erlaubnis der Weitergabe der Daten

Patient:	Geburtsdatum:
-----------------	----------------------

Hiermit entbinde ich die mich behandelnden Therapeuten der Praxis „Praxis für Physiotherapie Ute Laube-Fouad“ sowie die mich behandelnden Ärzte* von ihrer Schweigepflicht gegenüber meinen behandelnden Ärzten bzw. den behandelnden Therapeuten.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Therapeuten 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 von den Therapeuten der Praxis „Praxis für Physiotherapie Ute Laube-Fouad“ bzw. von den behandelnden Ärzten erhobenen personenbezogenen Daten an die verordnenden Ärzte bzw. die behandelnden Therapeuten 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