Einwilligung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Angaben zum Patient / zur Patientin:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	

Angaben zur Praxis:

- **Praxisname:** Praxis für Physiotherapie Josephine Gehler
- **Anschrift:** Erlenkamp 25, 16547 Birkenwerder

Hiermit entbinde ich die oben genannte Physiotherapiepraxis bzw. das behandelnde Personal von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB gegenüber folgender Person:

Angaben zum Angehörigen / zur Vertrauensperson:

Vorname, Nachname des Angehörigen:	
Verhältnis zum Patienten:	
Anschrift:	
Telefonnummer (für Rückfragen):	

Umfang der Entbindung (Zutreffendes bitte ankreuzen / auswählen):

- ○ Vollständige Auskunft: Die oben genannte Person darf alle Informationen über meinen Gesundheitszustand, meine Diagnosen, den Therapieverlauf sowie Behandlungsdaten erhalten.
- ○ Eingeschränkte Auskunft: Die Auskunft beschränkt sich ausschließlich auf organisatorische Angelegenheiten (z. B. Terminvereinbarungen, Terminabsagen, das Abholen von Rezepten/Bescheinigungen oder Abrechnungsfragen).

Wichtige Hinweise:

Freiwilligkeit: Diese Einwilligung ist vollkommen freiwillig.
Gültigkeit: Diese Erklärung gilt bis auf Widerruf / bis zum Abschluss der aktuellen Behandlungsserie (Zutreffendes stehen lassen).
Widerrufsrecht: Ich kann diese Schweigepflichtsentbindung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft schriftlich gegenüber der oben genannten Praxis widerrufen.

Datum:	Unterschrift: